



Envelhecimento Demográfico e Saúde. Desafio para a Segurança Sanitária em Portugal.

Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

Trabalho de Investigação Individual

LISBOA

NOVEMBRO 2011

Trabalho apresentado ao Instituto de Defesa Nacional para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Diploma do Curso de Defesa Nacional, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues.

Agradecimentos

Manifestamos o nosso agradecimento ao Magnifico Reitor da Universidade Nova de Lisboa, Professor Doutor António Bensabat Rendas, por nos ter escolhido para representar a Universidade Nova de Lisboa no Curso de Defesa Nacional 2010/2011, bem como ao Exmo. Coordenador do Departamento de Estudos Políticos da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Professor Doutor Pedro Tavares de Almeida por ter sugerido o nosso nome e por ter estabelecido as condições necessárias para possibilitar a frequência do Curso.

À Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues pelo facto de ter aceitado ser responsável científico do Trabalho de Investigação Final, cuja aprovação constitui um dos requisitos necessários à obtenção do Diploma do Curso de Defesa Nacional. Bem como pela sua inestimável disponibilidade e pelos valorosos ensinamentos que no concedeu.

Ao painel de especialistas inquiridos, pela atenção, disponibilidade demonstrada e precioso contributo para a conclusão deste trabalho: Ministro Defesa – Dr. José Pedro Aguiar-Branco; Ministro da Administração Interna – Dr. Miguel Macedo; Ministro da Saúde – Dr. Paulo Macedo; Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas – General Luís Evangelista Esteves de Araújo; CEME; CEMA; CEMFA; Director Nacional da Policia de Segurança Publica – Superintendente-chefe Guilherme Guedes da Silva; Comandante-Geral da Guarda Nacional Republicana – Tenente-General Luís Manuel dos Santos Newton Parreira; Presidente da Autoridade Nacional de Protecção Civil – Major-General Arnaldo José Ribeiro da Cruz; Director-Geral da Saúde – Dr. Francisco George; Director do Instituto de Defesa Nacional – Major-General Vítor Daniel Rodrigues Viana; Professor Doutor Adriano Moreira; Vice-Almirante Alexandre Reis Rodrigues; General Loureiro dos Santos; Professor Doutor Constantino Sakellarides; Professor Doutor Nuno Severiano Teixeira

Finalmente às pessoas que me facilitaram a elaboração desta investigação e que sem o seu contributo não teríamos atingido os nossos objectivos: Mestre Miguel Frasquilho; Dr. José Gamito Carrilho; Mestre Patrícia Marcelino; Coronel Martins Lavado; Coronel Romão Mendes; Coronel Armindo Caio; Capitão de Mar e Guerra Ventura Soares; Superintendente Nunes Teixeira.

A todos o meu muito obrigado!

Resumo

Num contexto global de surgimento de movimentos radicais concretizados em ataques terroristas e em ameaças latentes de utilização de agentes NRBQ, optámos por investigar a relação existente entre envelhecimento populacional e a segurança sanitária nacional. Considerando o quadro nacional de envelhecimento demográfico, o movimento migratório interno da população mais jovem para os centros urbanos, a diminuição do suporte familiar, advindo da alteração das estruturas familiares e a redução do número de unidades de saúde de proximidade, deparamo-nos com áreas vastas de população idosa, só, fragilizada, pouco instruída, com poucos recursos económicos e com dificuldades em se deslocar aos centros onde se encontram os serviços de saúde, colocámos a seguinte questão orientadora: *Considerando a existência de ameaças de ataques terroristas a nível global, nomeadamente utilizando agentes NRBQ, constituirá o envelhecimento populacional, o despovoamento das regiões rurais nacionais e a diminuição de equipamentos de saúde de proximidade (que consideramos instrumentos de vigilância privilegiados no que respeita à saúde colectiva), uma janela de oportunidade para materializar um ataque desta natureza?* Propusemo-nos estudar o fenómeno de envelhecimento das estruturas etárias e os serviços de Saúde em Portugal ao nível de 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. Consideramos que este estudo poderá contribuir para o conhecimento da realidade do terreno, possibilitando uma avaliação dos riscos para a segurança do país e dando suporte à tomada de decisão em matéria de medidas relativas à segurança e defesa nacional.

Palavras-chave: Portugal; envelhecimento; serviços de saúde; segurança sanitária

Abstract

In a global context of radicalism emergency achieved in terrorist attacks and threats of using CBRN agents, we chose to investigate the relationship between population ageing and health security, because there are standards of international organizations relating to the subject. Considering the national context of an ageing population, internal migration movement of the younger population to urban centers, the decline of family support, arising from the changing family structures and the reduction of health facilities in proximity, we are faced with vast areas of elderly population, lonely, weak, uneducated, with scarce economic resources and difficulties to move to distant health services, so we put the following guiding question: Considering the global existence of terrorist attacks threats, including CBRN threats, will be the ageing population and depopulation of rural areas, with reduced proximity health equipment, considered privileged health surveillance tools, an opportunity to realize an attack of this nature? We propose to make the study of ageing and health services in Portuguese NUTS III in order to characterize and understand regional health services realities.

The present study may contribute to the knowledge of the regional reality, allowing a risk evaluation to the national security and supporting the decision-making related to national security and defense.

Keywords: Portugal, aging, health services, health security

Lista de acrónimos

ANPC	Autoridade Nacional de Protecção Civil
ARGUS	<i>Crisis management system</i>
CCA	<i>Crisis Coordination Arrangements</i>
CDOS	Comandos Distritais de Operações de Socorro
CEPCD	Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças
CJ-CBRND-TF	<i>Combined Joint CBRN Defence Task Force</i>
CNOS	Comando Nacional de Operações de Socorro
ECDC	<i>European Centre for Disease prevention and Control</i>
ECURIE	<i>Commission rapid alert system for radiological emergencies</i>
EDPLN	<i>WHO Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network</i>
EOD	<i>Explosive Ordnance Disposal</i>
EWRS	<i>Early Warning and Response System for communicable diseases</i>
FRONTEX	Agência Europeia de Gestão da Cooperação Operacional nas Fronteiras Externas
GAR	<i>Global Alert and Response</i>
GHSI	<i>Global Health Security Initiative</i>
GPHIN	<i>Global Public Health Intelligence Network</i>
GOARN	<i>Global Outbreak Alert and Response Network</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MIC	<i>Monitoring and Information Centre</i>
NATO	Organização do Tratado do Atlântico Norte
NUTS	<i>Nomenclature of territorial units for statistics</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	<i>Rapid Alert Systems</i>
RAS-BICHAT	<i>Early Warning and Response System for biological and chemical health threats</i>
RAS-CHEM	<i>Rapid Alert System CHEMicals</i>
RSI (2005)	Regulamento Sanitário Internacional (2005)
SHOC	<i>JW Lee Centre for Strategic Health Operations</i>
SIOPS	Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro
SIS II	Sistema de Informação Schengen
SitCen	Centro de Situação Conjunto
UE	União Europeia
VIS	Sistema de Informação sobre Vistos

“En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.”

Organização Mundial da Saúde, 2011, *Acerca de la OMS*. Disponível em: <http://www.who.int/about/es/>

Índice

Introdução.....	7
Metodologia.....	9
Capítulo I. Enquadramento teórico.....	10
1.1. Da globalização aos movimentos radicais. O percurso.....	10
1.2. Ameaças NRBQ e saúde. Orientações das organizações internacionais.....	18
1.3. Segurança sanitária.....	28
Capítulo II-Estudo de caso. Portugal.....	31
2.1. Incidentes NRBQ. Estrutura operacional nacional.....	31
2.2. Serviços de saúde ao nível das NUTS III.....	39
2.3. Cenário demográfico nacional.....	42
2.4 Discussão.....	45
2.5. Matriz SWOT. Apresentação / Discussão dos resultados.....	45
Conclusão.....	49
Referência bibliográficas.....	52
Anexos.....	59
Anexo I - Fluxograma simplificado dos procedimentos.....	60
Anexo II - Tabelas.....	61
AnexoIII - Instrumento de avaliação aplicado na investigação	

Introdução

No âmbito do Curso de Defesa Nacional ministrado pelo Instituto de Defesa Nacional, foi solicitada a realização de um Trabalho de Investigação Final relacionado com as temáticas inerentes.

Partindo das temáticas leccionadas e tendo como referencia a nossa formação e exercício profissional, consideramos que o estudo da relação existente entre envelhecimento populacional e a segurança sanitária nacional, num contexto global de surgimento de movimentos radiais concretizados em ataques terroristas e em ameaças latentes de utilização de agentes NRBQ seria pertinente, uma vez que, de acordo com os nossos conhecimentos na área, não existiam estudos análogos para o caso português.

A pesquisa e leitura exploratória que posteriormente efectuamos demonstraram que a temática da Segurança Sanitária, relacionada com a saúde do indivíduo e serviços de saúde disponíveis nas regiões ou nos Estados da UE (União Europeia) tem sido pouco documentada. Não obstante, apercebemo-nos que existem normas da UE relativas ao assunto. Veja-se o Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo”¹, entre outros documentos demonstrativos da relevância do tema no âmbito nacional, europeu e no cenário Internacional, uma vez que existem relações de cooperação internacional mediadas pela ONU e pela OMS.

Assim sendo, e considerando o quadro nacional de envelhecimento demográfico, especificamente o aumento dos efectivos populacionais com mais de 65 anos e mais de 80 anos, o movimento migratório interno da população mais jovem para os centros urbanos, a diminuição do suporte familiar, advindo da alteração das estruturas familiares e a diminuição das unidades de saúde de proximidade, deparamo-nos com áreas vastas de população idosa, só, fragilizada, pouco instruída, com poucos recursos económicos e com dificuldades em se deslocar aos centros onde se encontram os serviços de saúde. Neste contexto, e reportando-nos ao fenómeno conhecido de 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, tendo como factor facilitador da propagação a facilidade de mobilidade de pessoas no país e no mundo.

Decorrendo deste contexto, propusemo-nos a 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.

Entendemos que este estudo poderá contribuir para o conhecimento da realidade do terreno, possibilitando uma avaliação dos riscos para a segurança do país e dando suporte à tomada de decisão em matéria de medidas relativas à segurança e defesa nacional. Consideramos que este estudo se enquadra no determinado pelo Comité Económico e Social Europeu no Parecer 2005/C120/10² o qual propõe nas suas conclusões que “ (...) *Consciente das sucessivas crises que sacudiram o mundo nas duas últimas décadas,*

¹Comité Económico e Social Europeu, 2005, Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo» (2005/C 120/10), Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:120:0047:0053:PT:PDF> (Consultado em 02/02/2011)

²Idem

(a explosão da SIDA , as catástrofes do sangue contaminado, a crise de saúde pública devida à síndrome respiratória aguda, a doença do legionário, a ameaça de bioterrorismo através do carbúnculo), (...) a realização periódica de congressos europeus de alto nível em matéria de saúde pública”, com o objectivo de “ (...) debater medidas colectivas a tomar, fornecer informações precisas sobre as crises, dar respostas coordenadas, avaliar as ameaças de riscos externos, contribuir para diagnósticos rápidos e encontrar as respostas adequadas”. Bem como “ (...) Apela a que todos os implicados adoptem uma atitude activa em matéria de saúde pública: a visão global das crises de saúde pública deverá permitir o intercâmbio de todas as experiências numa época de globalização das crises sanitárias”. No mesmo documento o Comité recorda que as recomendações dadas “(...) para serem aplicadas, requerem uma vontade forte por parte dos países da União Europeia (...)” relativos aos “(...) processos de decisão transparentes e uma deontologia mais rigorosa e partilhada por todos no que toca às comunicações em matéria de segurança sanitária(...)”, bem como “(...) cooperação reforçada e ligação em rede entre todos os organismos de vigilância e de fiscalização (...)”. Ao anteriormente descrito acrescenta-se de forma a dar corpo ao ponto em discussão que o Conselho da União Europeia de 3 de Dezembro de 2008³, convidou os Estados-Membros a “(...) desenvolverem e coordenarem as actividades de investigação a fim de prevenir e gerir as ameaças para a saúde(...)”, assim como a “(...) prosseguirem e aprofundarem a cooperação em matéria de preparação, vigilância, alerta rápido e resposta coordenada para qualquer questão relacionada com as emergências de saúde pública(...)” ao que acrescentam “(...) apoiarem a Comissão e o ECDC , facultando-lhes os conhecimentos especializados necessários existentes a nível nacional e participando activamente na coordenação da política europeia e na preparação das iniciativas neste domínio(...)”

Neste sentido, e percebendo o cenário nacional colocámos a seguinte questão orientadora: *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?*

De forma a dar resposta a esta tese desenvolvemos a presente investigação, que em termos metodológicos se caracteriza por ser descritiva com abordagem qualitativa, assumindo uma vertente quantitativa na análise dos dados estatísticos utilizados. Elaboramos também um instrumento de avaliação constituído por um exercício SWOT, validado por um painel de especialistas na área. A sequência de capítulos procura responder à questão orientadora e às decorrentes do segundo nível de questionamento.

Embora Portugal não seja um alvo preferencial para a eclosão de um ataque terroristas utilizando agentes NRBQ, não poderá estar alheio à ameaça e deverá ter em consideração a fragilidade da população das regiões com menor densidade populacional, envelhecidas e com poucos recursos em termos de equipamentos de saúde.

³Conselho 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)

Metodologia

O presente trabalho tem como objecto de estudo a relação existente entre envelhecimento populacional e a segurança sanitária nacional, numa conjuntura global de eclosão de movimentos radiais materializados em ataques terroristas e em ameaças latentes de utilização de agentes NRBQ. De forma a especificar a investigação, no que se refere ao território, ajustámos o nível de análise às NUTS III portuguesas.

Colocámos como questão orientadora a seguinte: *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?*

Esta questão central levou-nos a um segundo nível de questionamento, alicerçado nas seguintes questões derivadas; (1) *Qual a importância que as organizações internacionais dão às ameaças latentes de ataques terroristas utilizando agentes NRBQ?*; (2) *Quais as medidas determinadas e iniciativas desenvolvidas pelas organizações com responsabilidade na matéria, relativas à saúde?* (3) *Relativamente a Portugal quais as medidas tomadas pelo Estado e pelas organizações nacionais?* (4) *Tomando como ponto de partida que os serviços de saúde de proximidade são o meio privilegiado de vigilância sanitária no que respeita à saúde da população, qual o quadro nacional destes serviços?* (5) *Qual o cenário demográfico nacional?* (6) *Constituirão as regiões demograficamente mais envelhecidas e desprotegidas janelas de oportunidade para materializar um ataque desta natureza?*

O desenvolvimento do estudo e o elencar de capítulos, relaciona-se com a busca de respostas às questões orientadoras.

A metodologia seguida nos diversos capítulos nem sempre é mesma e por essa razão inicia-se cada um dos capítulos com a especificação da mesma. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, assumindo uma vertente quantitativa na análise dos dados estatísticos utilizados. Fazemos uma revisão da bibliografia, artigos, estudos anteriormente realizados e documentos disponíveis *on-line* que considerámos pertinentes e fidedignos, bem como a análise de dados estatísticos disponíveis. Relativamente aos dados estatísticos, utilizamos preferencialmente os disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística pela sua credibilidade e para que não existissem incoerências uma vez que por vezes as várias fontes, embora credíveis, apresentam dados não sobreponíveis. De forma a responder à questão 6 do segundo nível de questionamento, elaboramos um instrumento de avaliação e análise constituído por uma análise SWOT do cenário nacional, que enviamos a um painel de especialistas previamente seleccionado.

Como limitações ao estudo, salientamos a dimensão do trabalho que não nos permitiu fazer e apresentar uma análise exaustiva de toda a documentação e dados existentes, sendo que maioritariamente abordamos os agentes biológicos, uma vez que foi sobre estes que encontramos mais documentação até ao momento em que encerrámos o processo de pesquisa. Bem como o tempo disponível para a realização da investigação que limitou a análise e aprofundamento de todas as temáticas.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1.1. Da globalização aos movimentos radicais. O percurso.

A actualidade política, social e económica é modelada pelo denominado “Processo de Globalização”, sendo que este processo é determinado por interdependências entre Estados, sociedades e pessoas, vivendo-se na designada “Sociedade em Rede”. Segundo Luís Moita⁴ as dimensões do processo de globalização são cinco, as quais passamos a citar: “1. Dimensão socio-tecnológica: a) Redução drástica dos custos e dos tempos de comunicação; b) Sociedade informacional: o aumento exponencial da nossa capacidade de produzir, processar, armazenar e transmitir informação (...). 2. Dimensão político-ideológica (...). 3. Dimensão geopolítica (...). 4. Dimensão macroeconómica: g) Novas formas de multinacionalização (...) a teia global (...) h) Novos âmbitos de liberalização das trocas (...) novos espaços são integrados; i) Modelo de acumulação predominantemente financeiro (...) 5. Dimensão sociocultural: j) Globalização cultural e afirmações identitárias; k) Fluxos e mobilidade.”

Destas destacamos a dimensão sócio-técnológica e especificamente a inerente facilidade de comunicação, bem como a dimensão sociocultural e os seus níveis descritos como a globalização cultural e afirmação identitária, assim como os diferentes fluxos e a incontornável mobilidade. Estas duas dimensões, de formas por vezes evidentes e por outras de forma indeléveis, determinam a tomada de decisão no que à governação e segurança e defesa dos Estados dizem respeito. Sendo o plano da governação e os riscos inerentes, reforçados pelo *World Economic Forum* no relatório *Global Risks 2011*⁵ no qual se destaca, com um dos dois maiores riscos, a *Global Governance*. No mesmo relatório e de forma assertiva e importante, para o contexto deste trabalho, pode ler-se “(...) *the global risk context in 2011 is defined by a 21st century paradox: as the world grows together, it is also growing apart (...)*” e esta noção subentende a dimensão do risco global em que se vive com a disparidade de valores e de bens, promotores de insegurança latente e maioritariamente sem rosto, sem espaço nem tempo. Ainda neste documento se pode ver, que o risco de terrorismo tem dimensão considerável e uma correlação muito forte com a *Global Governance Failure*, ao que se acrescenta o impacto reconhecido dos desafios demográficos, das doenças infecciosas e crónicas. No mesmo relatório está explícito, no capítulo dedicado aos *Risks to Watch*, e no ponto sobre armas de destruição massiva que se deverá ter em atenção os riscos NRBQ (Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico) e que estes podem ocorrer de duas formas, através de ataques terroristas ou através de conflitos geopolíticos, estas duas formas influenciadas pela *Global Governance Failure*. 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. Concluem o mesmo relatório dizendo que “(...) *However even with the best analysis, we can never anticipate or prepare for all risks. In an increasingly connected world, there is a plethora of risks that are beyond the planning and assessment capacities of decision-makers and risk experts alike. To be*

⁴MOITA, Luís, 2010, *As dimensões do processo de globalização*. CDN-2010/2011 / Conferências, Condicionantes, Factores e Actores do Sistema Internacional, Instituto de Defesa Nacional. Lisboa. Disponível em: http://idn-formacao.defesa.pt/idn/file.php/13/Ficha_de_apoio_para_distribuis_aos_audidores_Luis_Moita.pdf (Consultado em: 05/05/2011)

⁵World Economic Forum, 2011, *Global Risks 2011*, Genebra. Disponível em: <http://riskreport.weforum.org/> (Consultado em: 01/02/2011)

prepared for these future challenges (...) organizations and decision-makers must continue to invest in our ability to adapt and learn, thereby building more resilient systems (...)”.

Conforme mencionado no relatório um dos riscos assinalados é o terrorismo, sendo este uma forma de luta que se encontra disseminada a nível global e que tem vindo a causar preocupação ao poder político nas últimas décadas e mais especificamente desde o ataque às *Twin Towers*, nos Estados Unidos da América, a 11 de Setembro de 2001. Este marco tornou o terrorismo num assunto constante, de alguma forma obrigatório, nos debates acerca da política internacional, e nas reuniões entre os responsáveis políticos das principais potências, atingindo o *status* de uma das primordiais “novas ameaças” deste início do século XXI. Esta forma de conflito tem-se vindo progressivamente a internacionalizar e a sua imprevisibilidade e periculosidade têm determinado um estado de alerta constante por parte do poder político, das polícias, de académicos, e da opinião pública, a nível Mundial. Este estado de atenção persistente tem-se retratado na relevância que lhe é dada nos estudos efectuados no âmbito da Estratégia, da Defesa Nacional e das Relações Internacionais⁶. Segundo Martins (2010) “(...) frequentemente, tem sido apodada de “praga” ou de “doença” das comunidades modernas, particularmente das democracias liberais, e muitos académicos e responsáveis políticos não hesitam mesmo em qualifica-la como uma nova forma de guerra (...)”. Definir o conceito de terrorismo não tem sido consensual e mesmo balizando a definição com os seus fins, meios e alvos, o resultado não atinge a unanimidade. A Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO) define o Terrorismo como “(...) uso ou ameaça do uso ilegal da força ou da violência contra pessoas ou propriedades com a intenção de condicionar ou intimidar os governos ou sociedades para conseguir objectivos políticos, religiosos ou ideológicos”⁷. A União Europeia (UE) define como “*Terrorism is a threat to all States and to all peoples. It poses a serious threat to our security, to the values of our democratic societies and to the rights and freedoms of our citizens, especially through the indiscriminate targeting of innocent people. Terrorism is criminal and unjustifiable under any circumstances*”⁸. O Organização das Nações Unidas (ONU), na resolução do Conselho de Segurança 1566 (2004), define como “(...) *Criminal acts, including against civilians, committed with the intent to cause death or serious bodily injury, or taking of hostages, with the purpose to provoke a state of terror in the general public or in a group of persons or particular persons, intimidate a population or compel a government or an international organization to do or abstain from doing any act (...)*”⁹. Não obstante esta definição tem sofrido críticas e ainda não se conseguiu chegar a uma definição aceite por unanimidade por todos os membros das Nações Unidas. Embora exista esta divergência conceptual, na génese as definições são, na maioria dos pontos abordados, sobreponíveis e todas as organizações internacionais concordam no essencial, ou seja na efectiva existência de ameaças terroristas e na necessidade premente de as combater, tendo vindo a desenvolver esforços para atingir esse mesmo fim. Neste contexto a UE e a ONU

⁶MARTINS, Raúl François Carneiro, 2010, *Acerca de “Terrorismo” e de “Terrorismos”*, IDN Cadernos nº1, Instituto da Defesa nacional, Lisboa. Pág. 7

⁷BESSA, João Manuel de Andrade Pinto, 2006, *As Nações Unidas e o Terrorismo*, Revista Militar, Disponível em: <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=159> (Consultado em 10/02/2011)

⁸União Europeia, 2005, *The European Union Counter-Terrorism Strategy*, Conselho da União Europeia, Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/05/st14/st14469-re04.en05.pdf> (Consultado em 08/02/2011)

⁹ONU, 2009, *Handbook on Criminal Justice Responses to Terrorism*, Criminal Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, Nova York. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/terrorism/Handbook_on_Criminal_Justice_Responses_to_Terrorism_en.pdf (Consultado em: 11/02/2011)

desenvolveram uma estratégia global¹⁰ que “ (...) *promove a democracia, o diálogo e uma boa gestão das questões públicas, a fim de combater os factores que motivam a radicalização (...)* ”¹¹. Esta estratégia tem como objectivos: “ (...) *aumentar a cooperação com países terceiros (nomeadamente do Norte de África, do Médio Oriente e do Sudeste Asiático) e dar assistência a estes países; respeitar os direitos humanos; prevenir novos recrutamentos para o terrorismo; proteger melhor os alvos potenciais; perseguir e investigar os membros das redes existentes; melhorar a nossa capacidade para dar resposta a atentados terroristas e gerir as suas consequências (...)* ”¹². Sendo que a UE entende que para que o combate ao terrorismo seja eficaz deverá assentar em quatro pilares: "Prevenir", "Proteger", "Perseguir" e "Responder". No que concerne com o pilar referente á prevenção propõe: “ (...) *definir acções comuns para detectar e combater os comportamentos de risco; combater a instigação e o recrutamento em meios propícios (prisões, locais de culto, etc.); desenvolver o diálogo intercultural; adoptar uma linguagem sóbria para explicar as políticas europeias; promover (através de programas de assistência) a boa governação, a democracia, a educação e a prosperidade económica; continuar a investigar e a partilhar análises e experiências (...)* ”¹³. No que respeita ao pilar "Proteger", este objectiva minorar a vulnerabilidade dos presumíveis e potenciais vítimas de atentados. Uma das propostas consiste em levar a cabo uma acção conjunta no que respeita á segurança fronteiriça, nomeadamente ao nível dos transportes e de todas as infra-estruturas transfronteiras. Dispondo, todos os Estados-Membros, do Sistema de Informação Schengen (SIS II), do Sistema de Informação sobre Vistos (VIS) e da Agência Europeia de Gestão da Cooperação Operacional nas Fronteiras Externas (FRONTEX), ao que se acrescenta que os Estados-Membros deverão enfatizar o intercâmbio de informações referentes aos dados dos passageiros e utilizar as, já existentes, informações biométricas nos documentos de identificação. A avaliação do risco e ameaça também estão explicitas no documento bem como a necessidade de efectuar “ (...) *um programa de trabalho, metodologias de protecção contra atentados e um programa europeu para as infra-estruturas críticas. Os Estados-Membros devem igualmente prosseguir os seus esforços de cooperação nos domínios da não proliferação de materiais químicos, biológicos, radiológicos e nucleares (NBRQ) (...)* ”¹⁴. Relativamente ao Pilar “Perseguir” pretende-se “ (...) *perseguir os terroristas para além das fronteiras, assegurando simultaneamente o respeito dos direitos humanos e do direito internacional. A UE pretende, em primeiro lugar, impedir o acesso a equipamentos utilizáveis em atentados terroristas (armas, explosivos, etc.), desarticular as redes terroristas e os seus agentes de recrutamento, bem como combater a utilização abusiva de associações sem fins lucrativos (...)* ”¹⁵. Almeja também limitar ou impedir a acção no que concerne com os financiamentos e a planificação de acções terroristas, impossibilitando a comunicação e a divulgação de *now how* alusivo ao terrorismo, com uma atenção relevante à Internet. Os Estados-Membros disponibilizam os meios necessários para a investigação, a qual poderá ser comum, bem como fazem intercâmbio das informações, através da *Europol* e da *Eurojust*, sendo que a análise deverá ser executada

¹⁰ União Europeia (2005), *The European Union Counter-Terrorism Strategy*, Conselho da União Europeia de 30 de Novembro, Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/05/st14/st14469-re04.en05.pdf> (Consultado em 05/02/2011)

¹¹ União Europeia, 2007, *Estratégia de luta contra o terrorismo*, Europa. Sínteses da legislação da UE. Justiça, liberdade e segurança. Luta contra o terrorismo. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/fight_against_terrorism/l33275_pt.htm (Consultado em 05/02/2011)

¹² Idem

¹³ Idem

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem

pelo Centro de Situação Conjunto (SitCen) e pela Europol. Sendo certo que é praticamente impossível anular os atentados terroristas, a postura a ter é a de resolver em espaço e tempo a ocorrência, tendo como premissa que os meios a utilizar são em tudo semelhantes aos usados em caso de catástrofe, tecnológica ou provocada pelo homem, implicando que a prevenção também deverá assentar nas estruturas existentes e nos mecanismos comunitários de protecção civil. Desta forma a UE, neste documento, demonstra a necessidade da existência de uma base de dados com o inventário dos recursos e meios que os Estados-Membros poderão disponibilizar e utilizar em caso de ataque terrorista, no que respeita nomeadamente à assistência às populações. Acrescenta-se que de acordo com a ONU “(...) *reaffirming also that terrorism cannot and should not be associated with any religion, nationality, civilization or ethnic group (...)*”.¹⁶ Importa ter em consideração as condições em que se poderá desenvolver o ambiente propício ao desenrolar de um ataque terrorista, neste sentido a ONU define que “(...) *terrorism flourishes in environments of despair, humiliation, poverty, political oppression, extremism and human rights abuse; it also flourishes in contexts of regional conflict (...)*”.¹⁷ Feita a sumula relativa à temática do terrorismo, não sendo exaustiva tem somente como pretensão enquadrar a existência, periculosidade e preocupação das instituições internacionais importa recuar ao relatório do *World Economic Forum* (2011)¹⁸ no qual se dá bastante ênfase aos dispositivos radiológicos improvisados, à sabotagem química e à ocorrência de ataques biológicos de pequena escala, ou seja às ameaças NRBQ nas suas várias vertentes e dimensões. Esta constatação vem de encontro às preocupações das instituições internacionais, nomeadamente da ONU, UE E NATO. A ONU na sua Estratégia Contra Terrorismo de 2006¹⁹, sugere que os Estados-Membros deverão desenvolver em conjunto “(...) *a single comprehensive database on biological incidentes (...)*” complementar com a base de dados da *International Criminal Police Organization*. Acrescenta a necessidade de actualizar a lista de laboratórios e de *experts*, bem como as *guidelines* e os procedimentos técnicos. Afirma a importância de reunir no âmbito das Nações Unidas os principais sectores relacionados com a área da biotecnologia, incluindo indústria, comunidade científica, sociedade civil e poder governativo, por forma a desenvolver um programa e compromisso que assegure que os avanços alcançados na área da biotecnologia não serão utilizados para fins terroristas. O mesmo documento propõe melhorar a coordenação entre Estados no que concerne com o planeamento e resposta às ameaças NRBQ. Neste contexto a ONU considera importante a criação de *guidelines* comuns relativas à cooperação e assistência. Assegura também a importância de aperfeiçoar a segurança e protecção dos potenciais alvos mais vulneráveis, bem como melhorar a resposta aos ataques terroristas em particular na área da protecção civil. Instiga a *Atomic Energy Agency* e a *Organization for the Prohibition of Chemical Weapons* a coadjuvar os Estados-Membros a desenvolver capacidades de prevenção no que concerne com o acesso aos materiais NRBQ e dar resposta eficiente no caso de um ataque terrorista usando esses mesmos materiais. Reportando-nos para o objecto de estudo em análise, a ONU determina especificamente que a

¹⁶Organização 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)

¹⁷Organização das Nações Unidas, *Report of the High-level Panel on Threats, Challenges and Change*, (A/59/565 and Corr.1, para. 145), in Organização das Nações Unidas, 2006, Estratégia global de las Naciones Unidas contra el terrorismo, Assembleia Geral das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/60/288> (Consultado em: 04/02/2010)

¹⁸World Economic Forum, 2011, *Global Risks 2011*, Genebra. Disponível em: <http://riskreport.weforum.org/> (Consultado em: 01/02/2011)

¹⁹Organização 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)

OMS dê assistência aos Estados para que estes desenvolvam o sistema público de saúde, de forma a prevenir e a estar preparado para eventuais ataques biológicos por parte de terroristas.²⁰ Em 2007 a Comissão Europeia dita numa comunicação²¹ ao Parlamento Europeu ao Conselho a intensificação da luta contra o terrorismo: “(...) *Os terroristas escolhem para os seus ataques os momentos, locais e meios que terão, a seus olhos, maior impacto. Actualmente, as armas químicas, biológicas, radiológicas e nucleares existem. Se excluirmos o material nuclear, trata-se de armas relativamente baratas contra as quais o equipamento militar tradicional é largamente ineficaz (...) Temos de encontrar um equilíbrio entre ter consciência deste risco, tomando medidas adequadas e proporcionadas para evitar a sua concretização, e impedir que ele perturbe a nossa vida quotidiana. Um dos principais objectivos dos terroristas é causar brechas na sociedade*”. O mesmo documento assume que os explosivos são a grande aposta dos terroristas, no entanto o seu acesso a armas NRBQ deverá ser limitado ou impedido pois “ (...) *Algumas delas podem infectar milhares de pessoas, contaminar os solos, os edifícios e os meios de transporte, destruir a agricultura, infectar populações animais e afectar a cadeia alimentar*”. Devido à sua periculosidade e ao risco acentuado realizaram-se seminários com *experts* de várias áreas como policial, saúde e ciência, de forma a objectivar um guia de boas práticas em matéria de preparação e resposta. Neste sentido, em 2009 a Comissão Europeia lançou um plano de acção²², aprovado a 12 de Novembro 2009 pelo Conselho²³, no qual, na sua introdução, se pode ler que os *experts* consideram que a dificuldade em levar á vante um ataque NRBQ é cada vez maior, no entanto determinam que é de extrema importância criar medidas preventivas uma vez que “(...) *There is also a consensus amongst experts that the case of a somewhat limited attack needs to be carefully considered, because the psychological, health and economic effects on the population of even a smallscale attack using such materials would be significant*”. Relativamente à função dos Estados, o documento demarca que estes têm a responsabilidade de proteger os seus cidadãos no que respeita às ameaças NRBQ, adoptando medidas em consonância, 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*. Em relação ao papel da UE, esta dará o suporte nos casos em que os Estados não tenham meios para efectivar o debelar das consequências ou em situação que existam implicações para além das fronteiras do Estado envolvido. Neste sentido desenvolveu capacidades de forma a assegurar uma *coordinated approach*, sendo que esta cooperação é assegurada pelo *Community Mechanism for Civil Protection*, o qual objectiva a facilitação da cooperação ao nível das intervenções da protecção civil e para este efeito o *Monitoring and Information Centre* (MIC), coadjuva a mobilização, transporte e coordenação da assistência dada pela protecção civil aos Estados em emergência. A somar a estes mecanismos a UE

²⁰Organização 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)

²¹Comissão das Comunidades Europeias, 2007, *Intensificação da luta contra o terrorismo*, Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho, COM (2007) 649 final - Não publicada no Jornal Oficial, 6.11.2007. Bruxelas. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0649:FIN:PT:PDF> (Consultado em: 10/02/2011)

²²Comissão 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)

²³Conselho 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)

desenvolveu outros mecanismos como CCA²⁴; ARGUS²⁵; ECURIE²⁶; EWRS²⁷; RAS-BICHAT²⁸, o *Health Security Committee*, o *European Centre for Disease prevention and Control (ECDC)*. O plano de acção de que falamos determina objectivos, que de uma forma sumária passam por reduzir a ameaça e os danos para os cidadãos comunitários, advindos de um incidente NRBQ e enumera medidas para atingir esses mesmos objectivos. De entre elas realçamos, pela pertinência para a investigação, providenciar mecanismos de resposta adestrados das ferramentas necessárias para salvar vidas e limitar os danos à propriedade em caso de incidentes NRBQ. Este plano abrange três áreas de acção no que concerne à segurança relativa a ameaças NRBQ, primeiramente a prevenção no que respeita ao acesso aos materiais nefastos, posteriormente a detecção dos materiais e finalmente a preparação e resposta. Estas áreas de acção são suportadas por 133 medidas aplicáveis em todo o espectro de possíveis incidentes NRBQ, relacionando-se com cooperação internacional, comunicação com a população, meios de comunicação, treino, segurança pessoal, pesquisa e criminalização das acções. Destas medidas²⁹ sublinhamos a necessidade do intercâmbio de boas práticas, de abordagens e metodologias para a garantia da qualidade relacionados com a detecção de NRBQ nos Estados-Membros³⁰, bem como a avaliação de risco e ameaça com base em construção de cenários³¹. Tendo como objectivo a segurança civil, devem definir-se os requisitos mínimos de detecção, avaliação, identificação e monitorização das ameaças³². Os Estados-Membros a quando da elaboração dos seus planos de emergência, nacionais e locais, têm que considerar os riscos NRBQ e trocar informações com outros Estados-Membros sobre os mesmos planos³³. Os Estados-Membros, juntamente com a Comissão, devem desenvolver e realizar, com base nas avaliações de risco, exercícios regulares a nível europeu e internacional. Individualmente, os Estados-Membros, devem desenvolver e conduzir, com base, nas anteriormente mencionadas avaliações de risco, exercícios regulares a nível nacional, regional e local. Estes exercícios visam o envolvimento e o testar da cooperação de todas as organizações relevantes, particularmente da saúde, primeiros socorros, protecção de radiação e as autoridades judiciais, assim como, se for o caso, o envolvimento das partes interessadas do sector privado. Considerando um eventual incidente NRBQ, cada Estado-Membro deve avaliar os montantes necessários e os tipos de medidas necessárias para prestação de serviços de saúde de qualidade no que concerne com equipamentos e especificamente equipamentos técnicos NRBQ, disponibilidade de recursos médicos para a descontaminação de vítimas e transporte. Ao que se acrescenta a avaliação da capacidade de partilha transfronteiriça de recursos e medidas médicas em caso de um incidente³⁴. Salientamos que a Comissão tem como uma das suas missões, disseminar entre os Estados-Membros as boas práticas e orientações

²⁴Crisis Coordination Arrangements

²⁵Crisis management system

²⁶Commission rapid alert system for radiological emergencies

²⁷Early Warning and Response System for communicable diseases

²⁸Early Warning and Response System for biological and chemical health threats

²⁹Conselho 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)

³⁰Involved actors: MS/Commission; Implementation period: from 2010/2011; Task Force Recommendations No. 49, 50, 51, 52, 135, 136-138, 225, 226, 150 – 151

³¹Involved actors: MS/Commission; Implementation period: 2012-2014; Task Force Recommendation No. 48, 224

³²Involved actors: MS/Commission/relevant stakeholders; Implementation period: 2011-2014; Task Force Recommendation No. 148

³³Involved actors: MS; Implementation period: KEY ACTION to be initiated in 2010; Task Force Recommendations No. 59, 155, 235, 239

³⁴Involved actors: MS supported by the Commission; Implementation period: 2011; Task Force Recommendations No. 62, 63, 240, 241

sobre o *modus operandis* relativo à intervenção dos técnicos de saúde e socorristas³⁵³⁶³⁷. Os Estados-Membros, simultaneamente com a Comissão, devem desenvolver e realizar, com base na avaliação de risco, formação regular a nível europeu e internacional. Singularmente os Estados-Membros devem desenvolver e conduzir, com base na, supra referida, avaliação de risco, formação regular a nível nacional, regional e local. A formação deve envolver e testar a cooperação de todas as instituições nacionais relevantes, particularmente de saúde, primeiros socorros, segurança e as autoridades judiciais³⁸. Os Estados-Membros devem assegurar que as informações NRBQ, estão integradas nos programas de formação e treino para os recursos humanos de saúde, socorristas e técnicos relevantes, para a situação, pertencentes às autoridades locais³⁹. A Comissão, assumindo a importância da investigação, determina o interesse em estudos sobre todo o espectro dos aspectos relacionados com a segurança, com os efeitos psicológicos que as emergências NRBQ podem provocar nas populações e potenciais respostas, com as consequências económicas e sociais de um incidente de terrorismo NRBQ e identificar orientações para a acção⁴⁰. Determina ainda que se deve apoiar a investigação nas áreas da prevenção, detecção, resposta e tecnologia de pesquisa. Sendo que relativamente às ameaças biológicas entende que se deve estimular a investigação sobre as capacidades de resposta, de recuperação, de logística em caso de incidente e emergência ao nível internacional, nacional, regional e local⁴¹. A publicação dos resultados da investigação é indispensável e neste sentido os Estados-Membros, juntamente com a Comissão deve continuar a incentivar as organizações de financiamento (seja ele público ou privado) a custear os projectos de investigação relacionados com a temática⁴². Sendo que a implementação do plano de acção⁴³ se assume como primordial o plano determina níveis de implementação, os quais se iniciam pelas estruturas existentes nos Estados, as quais poderão ter que ser requalificadas e eventualmente poderá existir a necessidade de criar novas estruturas que poderão funcionar de forma temporária. No campo da protecção civil o trabalho deverá ser desenvolvido sob a alçada do *Civil Protection Mechanism* e do *Civil Protection Financial Instrument* de forma a desenvolver as medidas de preparação, podendo incluir *workshops*, treino, intercâmbio de peritos, exercícios de simulação, cenarização e avaliação de capacidades, melhorar os meios de protecção civil e eventualmente criar novos meios. Estas dimensões da implementação poderão ser simplificadas com o considerado *EU CBRN Resilience Programme*, que reúne as várias actividades de protecção civil incluídos no Plano de Acção da UE e garantir uma contribuição consolidada do *Civil Protection Mechanism* para a implementação global do Plano de Acção. No que ao sector da saúde diz respeito já foram desenvolvidos alguns mecanismos, como a criação do *Health Security Committee*. Ainda

³⁵Involved actors: Commission/MS; Implementation period: 2011; Task Force Recommendations No. 64, 242

³⁶Involved actors: Commission/MS; Implementation period: KEY ACTION to be initiated in 2010; Task Force Recommendations No. 72, 252

³⁷Involved actors: MS; Implementation period: ongoing; Task Force Recommendations No. 73, 253

³⁸Involved actors: MS/Commission/EU bodies and agencies; Implementation period: KEY ACTION to be initiated in 2010; Task Force Recommendations No. 60, 154, 236

³⁹Involved actors: European Explosive Ordnance Disposal Network (EEODN)/MS, Commission; Implementation period: from 2010; Task Force Recommendations No. 70, 249

⁴⁰Involved actors: Commission; Implementation period: KEY ACTION to be initiated in 2010; Task Force Recommendations No. 74, 81, 126, 208, 254, 255, 264

⁴¹Involved actors: Commission/MS/relevant stakeholders; Implementation period: Ongoing; Task Force Recommendations No. 163-164

⁴²Involved actors: MS/Commission/relevant stakeholders; Implementation period: from 2010; Task Force Recommendations No. 123, 124, 210

⁴³Comissão 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)

relativamente à relação entre as questões de saúde e segurança o plano dita que deverá existir uma maior cooperação e coordenação entre os vários actores intervenientes na prevenção e reacção.

A NATO no Novo Conceito⁴⁴ e no *2010 Lisbon Summit Declaration*⁴⁵, reiterou o compromisso da Aliança para desenvolver ainda mais a sua capacidade de se defender contra as ameaças NRBQ, bem como proteger as suas populações e território. O *Combined Joint CBRN Defence Task Force (CJ-CBRND-TF)*⁴⁶ é uma das chaves da defesa da NATO contra eventos NRBQ. Neste Novo Conceito reforçam a determinação em continuar a implementação da *NATO's Strategic-Level Policy for Preventing the Proliferation of WMD and Defending Against Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Threats*⁴⁷. Esta determina que a NATO deve ter uma abordagem pragmática e prática relativamente aos geradores de ameaças ou de ataques NRBQ, especificamente os biológicos, uma vez que os avanços na ciência e na tecnologia continuam a potenciar a ameaça bio-terrorista e existem indicadores que evidenciam que os terroristas têm a pretensão de obter materiais NRBQ para fins maliciosos. Concordantemente deverá ser dada mais atenção à detecção, identificação, protecção colectiva e desenvolvimento de capacidades de segurança, neste sentido os Estados-Membros têm desenvolvido relatórios e acções de alerta de protecção individual e de capacidades de gestão de risco NRBQ. No entanto, os défices de capacidades permanecem e são devidos, em certa medida, às limitações das tecnologias existentes ou aos *deficits* de capacidades nacionais, sendo que devem ser abordados de forma adequada. Para melhorar as capacidades da Aliança no que respeita à defesa relativa às ameaças NRBQ, os Aliados devem envidar esforços para melhorar as suas capacidades no que concerne a participar activamente nas estruturas da Nato concernentes a estas ameaças bem como do *Intelligence Fusion Centre* e do *CBRN Reachback and Fusion Centre*. A Aliança procurará reforçar as capacidades que são fundamentais para uma robusta defesa NRBQ, tais como bio-deteção e vigilância de doenças, investindo mais recursos nacionais, quando possível, para acelerar os esforços da NATO no que respeita à defesa NRBQ, assim como vai continuar a apoiar os Aliados com o desenvolvimento de capacidades especializadas através da formação, aconselhamento, experimentação e desenvolvimento de conceitos. O mesmo documento⁴⁸ afirma que a NATO vai promover, ao nível dos Aliados, capacidades de defesa NRBQ, respeitantes aos civis e às autoridades nacionais, através do intercâmbio de informação, planeamento, formação e exercícios conjuntos, bem como considera que os Aliados também poderiam desenvolver parcerias com a comunidade científica para desenvolver ou melhorar os meios de protecção relativos às ameaças NRBQ.

⁴⁴NATO, 2010, *Strategic Concept For the Defence and Security of The Members of the North Atlantic Treaty Organisation. Adopted by Heads of State and Government in Lisbon. Active Engagement, Modern Defence*. Disponível em: <http://www.nato.int/lisbon2010/strategic-concept-2010-eng.pdf> (Consultado em 05/01/2011)

⁴⁵NATO, 2010, *Lisbon Summit Declaration. Issued by the Heads of State and Government participating in the meeting of the North Atlantic Council in Lisbon*. Disponível em: http://www.nato.int/nato_static/assets/pdf/pdf_2010_11/2010_11_11DE1DB9B73C4F9BBFB52B2C94722EAC_PR_CP_2010_0155_ENG-Summit_LISBON.pdf (Consultado em: 05/01/2011)

⁴⁶Formado por duas vertentes de forças: CBRN Joint Assessment Team (JAT); CBRN Defence Battalion. Criados e declarados operacionais desde 2003, são forças multinacionais e multifuncionais capacitadas para participar em acções relativas a todo o espectro de operações na NATO, sendo que constituem um corpo especificamente treinado e equipado para lidar com ameaças e ataques NRBQ, contra populações, territórios ou forças. In NATO, 2011, *Combined Joint Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Defence Task Force*. Disponível em: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_49156.htm (Consultado em 01/09/2011)]

⁴⁷NATO, 2009, *NATO's Comprehensive, Strategic-Level Policy for Preventing the Proliferation of Weapons of Mass Destruction (WMD) and Defending against Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) Threats*. Disponível em: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_57218.htm (Consultado em 06/01/2011)

⁴⁸NATO, 2009, *NATO's Comprehensive, Strategic-Level Policy for Preventing the Proliferation of Weapons of Mass Destruction (WMD) and Defending against Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) Threats*. Disponível em: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_57218.htm (Consultado em 06/01/2011)

O Novo Conceito Estratégico da NATO⁴⁹ acrescenta que a instabilidade ou conflito para além das fronteiras da NATO pode ameaçar directamente a segurança da Aliança e dos Aliados e, inclusivamente potenciar o risco, ao que se somam o extremismo e o terrorismo, entre outras. Reforça a ideia sublinhando que o terrorismo representa uma ameaça real e séria à segurança da Aliança e dos seus membros e que tem como objectivo “(...) *continuar a combater este flagelo, individual e colectivamente, de acordo com o direito internacional e os princípios da Carta da ONU. De acordo com o Conceito Estratégico, vamos continuar a melhorar tanto a política e os aspectos militares da NATO para dissuadir, defender, interromper e proteger contra esta ameaça, incluindo através de tecnologias avançadas e maior informação e partilha de informações (...) O que as vítimas sofrem é uma demonstração visível do mal do terrorismo e deve ajudar a mobilizar a sociedade civil contra ele*”. Refere ainda no ponto 42 que o futuro ambiente de segurança é moldado, entre outros factores, pelos riscos de saúde, e estes factores têm a capacidade de afectar significativamente o planeamento das operações da NATO.

Conforme se percebe as ameaças NRBQ detêm na actualidade uma grande importância, para a defesa e segurança dos Estados. As organizações internacionais conferem-lhe atenção redobrada, definindo normas e estratégias, sugerindo iniciativas aos Estados para sua defesa e segurança interna, designadamente salientando as relativas à detecção, monitorização e vigilância, ao que 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. Por esta razão passamos a elaborar sobre as orientações que as várias organizações determinam para o sector da saúde de forma a minimizar os efeitos de um eventual ataque NRBQ e especificamente Biológico uma vez que, de acordo com a nossa pesquisa e na fase em que se encontra a mesma, se nos assemelha que existem mais medidas relativas a este tipo de agentes.

1.2. Ameaças NRBQ e saúde. Orientações das organizações internacionais

No presente subcapítulo apresentamos de forma sumária as orientações que as Organizações Internacionais determinam aos Estados relativamente aos serviços de saúde concernentes com as ameaças NRBQ. Em termos metodológicos optámos por pesquisar os documentos disponíveis nas páginas da internet das organizações, sendo que seleccionamos as que consideramos mais relevantes, não se configurando como uma abordagem exaustiva uma vez que a documentação é abundante. As organizações seleccionadas foram a ONU e a UE pela relevância que estas têm no cenário internacional e nacional.

A ONU, perante o cenário de ameaça latente, terrorista ou de outra natureza, determinou que a OMS⁵⁰ desse assistência aos Estados para que estes organizem o sistema público de saúde, nomeadamente no que

⁴⁹NATO, 2010, *Strategic Concept For the Defence and Security of The Members of the North Atlantic Treaty Organisation*. Adopted by Heads of State and Government in Lisbon. Active Engagement, Modern Defence. Disponível em: <http://www.nato.int/lisbon2010/strategic-concept-2010-eng.pdf> (Consultado em 05/01/2011)

⁵⁰“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)

respeita á forma de prevenir e de estar preparado para casuais ataques biológicos por parte de terroristas⁵¹, conforme já referido anteriormente. Bem como existia a necessidade de actualização das medidas de alerta e resposta a epidemias, ao que se acrescenta a necessidade de uma resposta concertada a nível mundial relativa ao uso deliberado de agentes biológicos e químicos ou de material radiológico e nuclear que afectam a saúde.

Neste sentido, a OMS desenvolveu iniciativas na figura do Grupo de Trabalho Intergovernamental⁵², do qual todos os Estados Membros da OMS fazem parte. Estas culminaram no Regulamento Sanitário Internacional⁵³ [RSI (2005)], que entrou em vigor a 15 de Junho de 2007⁵⁴ e que actualiza os anteriores⁵⁵, o primeiro dos quais datado de 1951⁵⁶. O designio e a abrangência do RSI (2005) são “(...) *prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales*”⁵⁷.

O RSI (2005) detém uma importância contínua como instrumento nevrálgico na luta mundial contra a propagação internacional de doenças. As orientações do documento abarcam “(...) *toda a doença ou condição médica, qualquer que seja a origem ou procedência, que apresenta ou possa apresentar danos significativos aos seres humanos*”⁵⁸. Incumbe os Estados Membros de instalar o mínimo de capacidades básicas em matéria de saúde pública e obriga os mesmos a comunicar à OMS os incidentes que possam constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional, de acordo com os requisitos determinados pelo documento em causa, para que o Director Geral determine a existência de uma emergência de tal grandeza e formule as recomendações temporais correspondentes, tendo em consideração a opinião de um Comité de Emergências. Estabelece que os Estados Membros devem instituir o ponto focal nacional para o RSI.

Na 58ª Assembleia Mundial da Saúde deliberou-se que os Estados Membros deveriam criar, reforçar e manter as capacidades determinadas pelo RSI (2005), para tal deverão mobilizar os recursos necessários. Devem também colaborar de forma activa com a OMS e entre Estados de forma a velar pela aplicação efectiva do Regulamento. O Director Geral da OMS pede ainda que se criem e reforcem as capacidades da OMS para desempenhar plena e efectivamente as funções que se lhe atribuem no Regulamento, em particular as operações sanitárias estratégicas para prestar apoio aos países na detecção e avaliação de emergências de saúde pública e a adopção das medidas de resposta correspondentes. A aplicação do Regulamento inspirar-se-á na Carta das Nações Unidas e na Constituição da Organização Mundial de Saúde, assim 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).

⁵¹Organização 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)

⁵²Estabelecido na Assembleia da Saúde em 2003

⁵³Organização 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)

⁵⁴Adoptado pela 58ª Assembleia Mundial da Saúde de 23 de Maio de 2005

⁵⁵Regulamentos datados de 1973 e 1981.

⁵⁶*International Sanitary Regulations*, adoptado pela Quarta Assembleia Mundial da Saúde em 1951.

⁵⁷Organização 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)

⁵⁸Idem

Relativamente à vigilância⁵⁹ no Artigo 5 do Título II, o Regulamento demarca que cada Estado Membro desenvolve, reforça e mantém a capacidade de detectar, avaliar e notificar eventos⁶⁰ e prestar informações relativas ao mesmo. As informações são compiladas pela OMS e esta através da sua análise avalia o seu potencial de propagação internacional e a sua possível interferência no tráfego internacional. Para que este processo decorra de uma forma harmonizada, a OMS fornece um instrumento de avaliação do evento⁶¹ para ser utilizado pelos Estados Membros e se este constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional, os Estados notificam a OMS por intermédio do ponto focal nacional para o RSI, até um período máximo de 24 horas após a avaliação da situação. Esta notificação deverá incluir também as medidas sanitárias aplicadas para mitigar ou anular os efeitos e sequelas do evento. Uma vez concluído o processo de notificação inicial, o Estado Membro tem que manter um processo de actualização das informações de forma exacta e suficientemente detalhadas sobre a saúde pública, com a inclusão possível dos tipos dos casos, dos resultados de laboratório, origem e tipo de risco, número de casos e disfunções, condições que favorecem ou anulam a propagação da doença e as medidas sanitárias aplicadas, as dificuldades surgidas e o apoio necessário. De acordo com o Artigo 7 do documento em causa, em caso de eventos imprevistos ou incomuns, qualquer que seja a sua origem ou procedência, se um Estado tiver provas relativas ao mesmo, de que este poderá constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional, deverá notificar a OMS e aplicar-se-ão, na sua totalidade, as disposições previstas anteriormente relativas ao processo de notificação. Não obstante, mesmo perante uma ocorrência que não cumpra os requisitos para ser considerada emergência de saúde pública de importância internacional, os Estados podem informar a OMS através do ponto focal nacional para o RSI, e consultar a Organização sobre as medidas de saúde apropriadas, a tomar. Nestas situações a OMS utilizará a informação para fins de verificação, avaliação, assistência aos Estados e, sempre que o Estado o requisitar, para prestar assistência na verificação dos dados epidemiológicos que se conseguiram obter. Bem como para repor a verdade nos meios de comunicação social caso o evento tenha sido divulgado de forma enviesada.

Conforme já foi referido anteriormente, estas informações detêm grande importância relativamente à tomada de decisão, por parte do Director Geral em concordância com o Estado Membro e o Comité de Emergência, sobre a catalogação do evento em emergência de saúde pública de importância internacional e consequente determinação de recomendações temporárias que poderão ser anuladas, modificadas ou prorrogadas de acordo com a evolução dos acontecimentos, sendo que se não for tomada nenhuma decisão de modificação ou prorrogação, estas são anuladas automaticamente após três meses de vigência. Em contraponto a OMS poderá formular, sempre que se justificar, recomendações permanentes quanto a medidas sanitárias apropriadas de aplicação sistemática ou periódica. Estas medidas podem ser aplicadas pelos Estados sempre que surjam riscos específicos e contínuos para a saúde pública, tendo como

⁵⁹“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)

⁶⁰“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)

⁶¹Anexo 2 do RSI (2005) 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)

finalidade prevenir ou reduzir a propagação internacional de uma doença, sendo que estas medidas também podem ser anuladas ou modificadas pela OMS, sempre que se justificar. Ressalva-se o facto de que, de acordo com o Artigo 57 do Título X, os estados Membros da OMS que sejam membros de uma organização de integração económica regional, aplicarão nas relações mútuas as normas que vigoram na organização, sem prejuízo das obrigações que contraem em virtude do presente regulamento.

No que se relaciona com as capacidades básicas necessárias para as tarefas propostas pelo RSI (2005) relativas à vigilância e resposta, no Anexo I do documento pode ler-se que “(...) *Os Estados Membros utilizarão as estruturas e recursos nacionais existentes para cumprir os requisitos de capacidades básicas que estabelece o Regulamento com respeito, entre outras coisas, ao seguinte: a) suas actividades de vigilância, apresentação de informações, notificação, verificação, resposta e colaboração (...). Cada Estado Membro avaliará, dentro de um prazo de dois anos, contados a partir da entrada em vigor do presente Regulamento, a capacidade das estruturas e recursos nacionais existentes para cumprir os requisitos mínimos descritos (...). Como consequência desta avaliação, os Estados Membros elaborarão e colocarão em prática planos de acção para garantir que estas capacidades básicas existam e estejam operacionais em todo o seu território (...)*”

Relativamente às capacidades básicas necessárias ao nível da comunidade local e ao nível primário de resposta de saúde pública, os Estados Membros deverão ter capacidade de “(...) *a) detectar eventos que suponham níveis de morbidade ou mortalidade superiores aos previstos para um tempo e lugar determinados, em todas as zonas do território do Estado Membro; b) comunicar de imediato ao nível apropriado de resposta de saúde pública toda a informação essencial disponível. Ao nível da comunidade, a informação comunicar-se-á às instituições comunitárias locais de assistência médica ou ao profissional de saúde apropriado. No nível primário de resposta de saúde pública, a informação comunicar-se-á aos níveis intermédio e nacional de resposta, de acordo com as estruturas orgânicas. (...) a informação essencial inclui o seguinte: descrições clínicas, resultados de laboratório, origem e natureza do risco, número de casos clínicos e de disfunções, condições que influenciam a propagação da doença e medidas sanitárias aplicadas; c) aplicar de imediato medidas preliminares de controlo.*”

No que concerne com as capacidades básicas necessárias relativamente aos níveis intermédios de resposta de saúde pública, os Estados Membros deverão deter a capacidade para: a) confirmar o estado dos eventos notificados e apoiar ou aplicar medidas adicionais de controlo; b) avaliar imediatamente os eventos notificados e, se se considerar que são urgentes, comunicar ao nível nacional toda a informação essencial. Relativo ao presente anexo, são critérios para considerar urgente um evento, as repercussões de saúde pública graves e/ou o carácter inusitado ou inesperado, junto com um alto potencial de propagação.

Em relação às capacidades básicas necessárias relativas ao nível nacional deverá existir capacidade para: “(...) *a) avaliar dentro de 48 horas todas as informações relativas a eventos urgentes; b) notificar o evento imediatamente à OMS, por intermédio do ponto focal nacional para o RSI, quando a avaliação indique que é obrigatória a notificação conforme o estipulado (...) e informar a OMS segundo o previsto (...).*”

No que diz respeito especificamente às respostas de saúde pública o documento determina que os Estados deverão ter capacidade para: “ (...) *a) determinar rapidamente as medidas de controlo necessárias a fim de prevenir a propagação nacional e internacional; b) prestar apoio mediante pessoal especializado, a*

análises de amostras em laboratório (localmente ou em centros colaboradores) e assistência logística (por exemplo, equipamentos, suplementos e transporte); c) prestar a assistência necessária no local para complementar as investigações locais; d) facilitar uma ligação operativa directa com os funcionários superiores do sector da saúde e outros sectores para aprovar e aplicar rapidamente medidas de contenção e controlo; e) facilitar a ligação em directo com outros ministérios pertinentes; f) facilitar ligações, pelos meios de comunicação mais eficazes disponíveis, com hospitais, clínicas, aeroportos, portos, espaços fronteiriços, laboratórios e outras áreas operativas chave, para difundir a informação e as recomendações recebidas da OMS relativas a eventos ocorridos no próprio território do Estado Membro nos territórios de outros Estados; g) estabelecer, aplicar e manter um plano nacional de resposta de emergência de saúde pública, inclusive criando equipas multidisciplinares/multisectoriais para responder aos eventos que podem constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional; h) realizar o anterior durante as 24 horas do dia.”

O RSI (2005) está inserido no contexto do programa da OMS *Global Alert and Response (GAR)*⁶², o qual 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. Dentro do mesmo programa existe o projecto *Epidemic intelligence - systematic event detection*⁶³ e no âmbito deste surgiu o *Global Public Health Intelligence Network (GPHIN)*⁶⁴. A estas iniciativas, acrescenta-se o projecto *JW Lee Centre for Strategic Health Operations (SHOC)*⁶⁵, criado em 2004, constitui o centro nevrálgico da OMS no que se refere a alerta e resposta a incidentes epidémicos, funcionando como o ponto de coordenação de respostas a crises de saúde pública, incluindo emergências biológicas e químicas. Presta aconselhamento técnico às dependências regionais da OMS, agências especializadas das Nações Unidas e a outras organizações internacionais. Sendo que dá suporte às operações no terreno e facilita a colaboração com os Estados Membros e com os parceiros que prestam apoio técnico, ao nível das redes externas como seja a *Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)*⁶⁶. Esta rede funciona desde 2000, como uma colaboração técnica das instituições e redes existentes que colaboram em termos de recursos humanos e técnicos para a rápida identificação, confirmação e resposta a eventos de importância internacional. Mantém a comunidade internacional alerta e confere-lhe capacidades de gestão de risco e crise no que concerne às ameaças à saúde pública. Os parceiros da rede devem guiar-se pelos *Guiding Principles for International Outbreak Alert and Response*⁶⁷, de entre os quais salientamos que existe um compromisso na

⁶²Organização Mundial de Saúde, 2011, *Global Alert and Response (GAR)*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/en/> (Consultado em 01/02/2011)

⁶³Organização Mundial de Saúde, 2011, *Epidemic intelligence - systematic event detection*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/epidemicintelligence/en/index.html> (Consultado em: 10/02/2011)

⁶⁴Public Health Agency of Canada, 2004, *Global Public Health Intelligence Network*. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphin-rmispbk-eng.php (Consultado em 04/03/2011)

⁶⁵Organização Mundial de Saúde, 2011, *JW Lee Centre for Strategic Health Operations*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/shoc/en/index.html> (Consultado em: 04/03/2011)

⁶⁶Organização Mundial de Saúde, 2011, *Global Outbreak Alert and Response Network*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/> (Consultado em: 04/03/2011)

⁶⁷Organização Mundial de Saúde, 2011, *Guiding Principles for International Outbreak Alert and Response*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/guidingprinciples/en/index.html> (Consultado em: 05/03/2011)

construção das capacidades regionais e locais em consonância com as capacidades internacionais de forma a aperfeiçoar os meios de vigilância e a reduzir as vulnerabilidades, no que respeita à saúde.

Ainda no contexto do GAR e relacionado de uma forma mais directa com o objecto em estudo, surge o programa *Biorisk Reduction*⁶⁸ que combina conhecimento e aconselhamento no que se relaciona com graves consequências patogénicas, com orientação e treino no manuseamento e controlo de agentes patogénicos que colocam em alto risco a saúde, provocando impacto considerável na economia e na opinião pública. Tem como grande objectivo certificar que o conhecimento científico é de excelência e se mantém actualizado de forma a conseguir controlar, tratar e mitigar, de forma segura, os riscos do incidente e mantém e desenvolve uma rede de *experts* e parcerias. Os eventos em saúde que fazem parte do seu raio de acção podem ser de ordem natural, accidental ou com origem deliberada e inesperada. Uma das bases de excelência no que respeita a maximizar as performances dos Estados, relaciona-se com o facto de que a configuração dos sistemas de saúde está na frente das estratégias de resposta, e os sistemas de vigilância baseados em hospitais e serviços de saúde pública de proximidade devem estar formalmente e eficientemente interligados para garantir a detecção rápida do início dos focos de doença. Neste contexto surgiu a *WHO Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network (EDPLN)*⁶⁹, formada por uma rede de laboratórios de diagnóstico de alta segurança humana e animal que partilham conhecimento e resultados da investigação, em tempo útil, de forma a dar suporte ao diagnóstico e detecção rápida dos agentes patogénicos, objectivando a debelação ou circunscrição rápida da doença e a mitigação da propagação.

Nesta conjuntura de focar de atenção para a situação sanitária mundial a OMS elaborou o *Eleventh General Programme of Work 2006-2015-A Global Health Agenda*⁷⁰, no qual se define um programa de acção sanitária mundial e as medidas para o concretizar. Neste documento reconhece-se que muitos dos desafios que enfrentamos são imprevisíveis e em conformidade os governos e a comunidade internacional devem ter a capacidade de dar resposta de forma flexível à medida que acontecem, tendo como pressuposto que a saúde constitui um aspecto fundamental da segurança humana. Acrescenta que as emergências sanitárias, sejam reais ou potenciais, carecem da atenção pública e são objecto de debate, sendo que o carácter imprevisível e o, cada vez maior, número de conflitos e emergências indicam que as autoridades nacionais devem estar preparadas para estes possíveis eventos. A propósito desta necessidade de preparação para os eventos, determina no seu ponto 5, a necessidade de reforçar os sistemas de saúde e promover o acesso equitativo a nível de todo o território dos Estados.

De forma a proteger a saúde das populações e reduzir os riscos de exposição a agentes biológicos potencialmente nocivos a UE adoptou o procedimento de reagir de forma estruturada aos surtos de patologias contagiosas, utilizando o reforço da difusão da informação entre os Estados-Membros e a Comissão Europeia, de forma a possibilitar um processo de alerta/resposta rápido e eficaz.

⁶⁸Organização Mundial de Saúde, 2011, *Biorisk Reduction*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/bioriskreduction/en/> (Consultado em: 05/03/2011)

⁶⁹Organização Mundial de Saúde, 2011, *WHO Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/bioriskreduction/laboratorynetwork/en/index.html> (Consultado em: 05/03/2011)

⁷⁰Organização Mundial de Saúde, 2006, *Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015. Un programa de acción sanitaria mundial*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_spa.pdf (Consultado em 06/01/2011)

A política de segurança na área da saúde pública da UE envolve três áreas de acção, a prevenção, vigilância e resposta. Considera que as ameaças à saúde são, na sua maioria, problemas transfronteiriços com impacto internacional e desta forma os Estados-Membros da UE não podem ficar isolados. Em consonância a UE estabeleceu mecanismos de coordenação para a segurança em saúde e mantém relações com os parceiros mundiais em matéria de ameaças globais à saúde pública.

Ressalva-se o facto de que esta visão global da saúde não é recente e a necessidade explícita de cooperação e vigilância em todos os Estados-Membros e destes com a Comissão é recorrente. Referimos, a título exemplificativo, que a base legal da UE para tratar as ameaças à saúde é o Tratado que Estabelece a Comunidade Europeia no seu Artigo 152⁷¹, o qual estabelece que a acção da Comunidade deve complementar as políticas nacionais de forma a melhorar a saúde pública, prevenir a doença e eliminar as fontes de perigo para a saúde humana e que deverá existir cooperação e coordenação entre as partes.

Passada a ressalva e em conformidade com o referido anteriormente, a Comissão Europeia concretizou uma iniciativa que produziu o *Commission Staff Working Document-Health Security in the European Union and Internationally (2009)*⁷², o qual corresponde à primeira resposta ao solicitado no *Health Council Conclusions adopted in December 2008 on health security*⁷³, 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*⁷⁴, instituído em 2001, assim como apresentar o trabalho do *Global Health Security Initiative (GHSI)*⁷⁵, criado também em 2001 e da qual a UE é membro fundador.

Relativamente ao *EU Health Security Committee*, e pela sua relevância no quadro da segurança para a saúde na UE, convém abrir um parêntesis na narrativa e expor a função. Assim, é o mecanismo através do qual a Comissão coordena a segurança na saúde, é formado por representantes de todos os Estados-Membros e opera em três áreas, prevenção, síndromes gripais e ameaças NRBQ. Tem como prioridades na sua acção, a detecção e comunicação rápidas de eventos, avaliação do risco e da ameaça, prevenção, aconselhamento científico, gestão de crises e testar os planos de acção, bem como a cooperação, a qual considera essencial, uma vez que perante ameaças que poderão trazer consequências além fronteiras terá que existir ligação aos outros Estados e a nível internacional para que se consiga de forma concreta debelar a ameaça ou as consequências de um possível ataque.⁷⁶

Retomando o documento *Commission Staff Working Document-Health Security in the European Union and Internationally (2009)*, a acção da UE passou a focar-se na coordenação de informação e medidas relativas a doenças contagiosas e substâncias relacionadas com agentes NRBQ, sendo que já em 1998,

⁷¹Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 2002, Versão Compilada do Tratado que Institui a Comunidade Europeia. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/pt/treaties/dat/12002E/pdf/12002E_PT.pdf (Consultado em 10/04/2011)

⁷²Comissão 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)

⁷³Conselho 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)

⁷⁴Directorate 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)

⁷⁵Global Health Security Initiative, *Introducing the Global Health Security Initiative*. Disponível em: <http://www.ghsi.ca/english/index.asp> (Consultado em: 06/04/2011)

⁷⁶Directorate 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)

tinha estabelecido e passa a reforçar a sua função, um sistema de vigilância e comunicação epidemiológico relativo a doenças contagiosas *Early Warning and Response System (EWRS)*⁷⁷. Este objectiva a comunicação permanente entre as autoridades competentes de saúde pública dos Estados-Membros e a Comissão e assume-se como o mecanismo chave relativo à coordenação entre a UE, a OMS e as instituições de saúde públicas relevantes, no que concerne com as doenças transmissíveis. Este sistema de vigilância insere-se no âmbito *Network for the Surveillance and Control of Communicable Diseases*⁷⁸, sendo esta uma “(...) rede a nível comunitário para fomentar a cooperação e a coordenação entre os Estados-Membros, com o apoio da Comissão, a fim de melhorar a prevenção e o controlo na Comunidade das categorias de doenças transmissíveis (...). Essa rede será utilizada para: a vigilância epidemiológica dessas doenças, e um sistema de alerta rápido e resposta com vista à prevenção e ao controlo dessas doenças”⁷⁹. Este mecanismo prima pela solicitação de troca de informação entre os Estados-Membros e a Comissão, daí enfatizar a premência de adensar as redes e vigilância ao nível nacional e da União. Uma vez que “(...) o aparecimento ou o ressurgimento recentes de doenças transmissíveis graves demonstrou que, em caso de situação de emergência, a Comissão deve receber rapidamente todos os dados e informações necessários recolhidos segundo uma metodologia acordada (...)”⁸⁰. Este raio de troca de informações e de cooperação é alargado à OMS e especificamente aos Estados Unidos da América, tendo como fundamento garantir a protecção da população e o facto de que deve ser dada sempre prioridade à protecção da saúde pública.

Assim, a Comissão Europeia, tendo como sustentação a *EU legislation on communicable diseases*⁸¹, tem a missão de coordenação de esforços para promover a segurança na saúde de forma coerente, desta forma e tendo em vista dar suporte ao trabalho técnico e científico criou-se o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (CEPCD)⁸², em 2005 em Estocolmo, que é especializado na avaliação dos riscos provindos de agentes biológicos e aconselhamento da UE acerca das soluções/respostas possíveis e adequadas.

A temática relacionada com as ameaças NRBQ, nomeadamente com os agentes biológicos tornou-se de tal forma essencial na agenda política que, para além das redes criadas em concordância, a UE em 2007 lança a *EU health strategy*⁸³, 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. Neste documento reforça-se a necessidade de cooperação dentro da UE e a nível internacional uma vez que existem “(...) major health threats and issues with a crossborder or international impact, such as pandemics and bioterrorism (...)”. Nesta Estratégia a Comissão estabeleceu mecanismos de vigilância, preparação e

⁷⁷Comissão das Comunidades Europeias, 2009, *Early warning and response system for the prevention and control of communicable diseases*. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11548c_en.htm (Consultado em: 02/04/2011)

⁷⁸Comissão das Comunidades Europeias, 2011, *Network for the surveillance and control of communicable diseases*. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11548b_en.htm (Consultado em: 02/04/2011)

⁷⁹Parlamento Europeu, 1998, *Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de Setembro de 1998 que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade*, Jornal Oficial nº L 268 de 03/10/1998 p. 0001 – 0007. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31998D2119:PT:HTML> (Consultado em: 02/04/2011)

⁸⁰Idem

⁸¹Idem

⁸²União Europeia, 2011, *European Centre for Disease Prevention and Control*. Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx> (Consultado em: 05/04/2011)

⁸³Comissão 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)

resposta e de entre eles o *Reinforcing the Union's disaster response capacity*⁸⁴ 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. Sendo exemplo dos mecanismos o *RAS BICHAT*, o *EWRS*, o *Health Emergency Operational Facilities*, *RAS-CHEM (in development)*.

A mesma estratégia 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. Elabora sobre a necessidade de protecção na saúde dos idosos, referindo que promover uma vida saudável é em termos económicos mais vantajoso do que tratar a doença. Bem como obriga os Estados a promover a segurança no que concerne com ameaças à saúde, nomeadamente epidemias e bioterrorismo, particularmente 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 e no texto pode ler-se “*However, further action is needed, e.g. in relation to the capacities of regions, which are key actors in delivering healthcare.*”⁸⁵

A saúde das populações assume-se como relevante na política nacional e internacional e isto é reafirmado 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.*”⁸⁶

Relativamente a preparação para as emergências de saúde pública, a Comissão em 2005 preparou uma comunicação⁸⁷ com as medidas a tomar e na qual realça o sistema de vigilância, de detecção precoce, de informação rápida do evento e de resposta assertiva. Para tal os serviços de saúde deverão estar preparados, os recursos humanos da saúde deverão estar treinados e todos os mecanismos e serviços deverão estar aptos para actuar e para tal os planos de acção deverão ser treinados e testados, com especial atenção para o comando. Sendo que em matéria de recursos humanos e serviços, não se resumem só à saúde mas também a outras áreas tão importantes como a saúde, como as forças de segurança e de protecção civil e

⁸⁴Comissão 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)

⁸⁵Comissão 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)

⁸⁶Esteves, Assunção; Pizarro, Noémia, 2008, *O Tratado de Lisboa*, Edições Cosmos. Chamusca

⁸⁷Comissão das Comunidades Europeias, 2005, *Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões sobre o reforço da coordenação na planificação da preparação genérica para as emergências de saúde pública ao nível da UE*. Bruxelas. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0605:FIN:PT:PDF> (Consultado em 20/02/2011)

que todas elas deverão trabalhar de forma concertada e trazendo para o cenário as suas competências específicas.

A União Europeia, conforme se constata do que já foi relatado, tem como uma das preocupações centrais a saúde das população e a sua relação com as ameaças NRBQ, às quais dá grande realce e concordantemente tem vindo a desenvolver várias diligências e às quais acrescentamos, a título exemplificativo, uma vez que nos é impraticável referir neste estudo todas as acções que foram tomadas, o *the Community Mechanism for Civil Protection*, com período de vigência até 2013. Este assegura uma abordagem coordenada relativamente ao suporte em situações de desastre e emergência e que facilita a assistência aos Estados-Membros sempre que a nível nacional a capacidade de resposta seja insuficiente, podendo incluir assistência de protecção civil e médica imediata.

A nível internacional desenvolveram-se outras iniciativas como a *Global Health Security Initiative (GHSI)*⁸⁸, que constitui uma parceria internacional com o objective de reforçar a prevenção e a resposta a ameaças NRBQ e a pandemias. São Membros o Canada, França, Alemanha, Itália, Japão, Reino Unido, Estados Unidos da América, México, a Comissão Europeia que aderiu em Novembro de 2001 e a OMS que participa como observador.

As organizações consideram o sector da saúde um sector critico no que se relaciona com a segurança e especificamente no que se relaciona com as infra-estruturas, reconhecendo em todos os documentos a necessidade de fortalecer o sistema de saúde a nível do território dos Estados-Membros, uma vez que as ameaças NRBQ são um facto e que o seu carácter imprevisível aumenta a susceptibilidade dos Estados.⁸⁹ A Investigação tem sido uma constante e os resultados têm vindo a serenar as incertezas, nomeadamente os agentes patogénicos possivelmente utilizados pelos terroristas estão sinalizados (varíola, antrax, toxina botulínica, etc), bem como já foram produzidos guias de tratamento para pacientes que estiveram expostos aos agentes, pela *European Medicines Evaluation Agency*.⁹⁰

Concluindo, o reforço dos sistemas de saúde é essencial, incluindo os sistemas de vigilância e os planos de emergência, tendo em consideração as ameaças, a necessidade de detectar as doenças de forma célere, a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e o contributo para a segurança da saúde a nível global. Desta forma a colaboração e cooperação internacional existe e deverá ser fortificada.

Percebida a preocupação a nível internacional com as ameaças à saúde das populações e assumindo-se a necessidade de implementação de mecanismos de segurança, tendo já utilizado o conceito segurança da saúde, torna-se imperioso definir o conceito mais lato de segurança sanitária, utilizado no titulo deste trabalho e usado de forma mais comum a nível nacional.

⁸⁸Global Health Security Initiative, *Introducing the Global Health Security Initiative*. Disponível em: <http://www.ghsi.ca/english/index.asp> (Consultado em: 06/04/2011)

⁸⁹Conselho da União Europeia, 2007, *Green Paper on bio-preparedness*. Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st11/st11951.en07.pdf> (Consultado em 07/04/2011)

⁹⁰Conselho da União Europeia, 2007, *Green Paper on bio-preparedness*. Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st11/st11951.en07.pdf> (Consultado em 07/04/2011)

1.3. Segurança Sanitária

Em termos históricos, o conceito de segurança sanitária na UE é relativamente recente. No período que antecede o Tratado de Maastricht de 7 de Fevereiro de 1992, os documentos unicamente faziam referências às políticas de saúde de forma branda. Em 1957 o Tratado de 25 de Março que institui a Comunidade Europeia da Energia Atómica (*Euratom*) incluía disposições sobre a protecção sanitária da população relativamente a perigos das radiações ionizantes. O Tratado de Roma, ou Tratado que institui a Comunidade Económica Europeia (CEE), também de 25 de Março de 1957, apenas se refere à protecção da saúde no seu artigo 36⁹¹. O Acto Único Europeu de 1986, no seu artigo 118, permitia à Comissão Europeia apresentar propostas em relação à saúde, sustentadas por um “elevado nível de protecção”. O Tratado da União Europeia ou de Maastricht de 7 de Fevereiro de 1992, alterou esta postura no domínio da saúde, uma vez que introduziu o Título X “Saúde Pública”, em que se podia ler “*A Comunidade contribuirá para assegurar um elevado nível de protecção da saúde humana.*” No artigo 179 do projecto de Tratado Constitucional Europeu estava explícito que (...) *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 e na prevenção das doenças e afecções humanas e das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta acção abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária (...).*”⁹²

As estruturas comunitárias entretanto produzidas no âmbito da saúde passaram a estar interessadas na política de cooperação com as organizações internacionais com a OMS, o Conselho da Europa, a Agência Internacional da Energia Atómica para a protecção contra radiações, o Secretariado das Nações Unidas para o Controlo dos Estupefacientes e a Prevenção da Criminalidade, entre outras e a segurança da saúde ou a segurança sanitária passaram a fazer parte da agenda política. Sendo que no período pós 1 de Setembro de 2001 e subsequentes atentados e ameaças de utilização de produtos NRBQ, designadamente o antrax, o cenário mundial sofreu alterações uma vez que se percepcionou que a saúde pública poderia ser utilizada como alvo de possíveis ataques terroristas. Desta forma a segurança sanitária assumiu o seu lugar de destaque e promoveram-se, desde então, inúmeras iniciativas de forma a promover a segurança das populações no que concerne com a sua saúde, iniciativas essas que devem ser continuadas e intensificadas, uma vez que existe a percepção de que existe a necessidade de estar preparado para emergências em saúde pública de larga escala com carácter internacional.⁹³

Deste modo a segurança sanitária constitui um dos pontos fundamentais da saúde pública. O método utilizado para garantir segurança sanitária é orientado por etapas, “(...) numa sequência de escolhas de

⁹¹ «As disposições dos artigos 30.o a 34.o, inclusive, são aplicáveis sem prejuízo das proibições ou restrições à importação, exportação ou trânsito justificadas por razões de moralidade pública, ordem pública e segurança pública; de protecção da saúde e da vida das pessoas e animais ou de preservação das plantas; de protecção do património nacional de valor artístico, histórico ou arqueológico; ou de protecção da propriedade industrial e comercial. Todavia, tais proibições ou restrições não devem constituir nem um meio de discriminação arbitrária nem qualquer restrição dissimulada ao comércio entre os Estados-Membros».

⁹² Comité Económico e Social Europeu, 2005, *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo»* (2005/C 120/10), Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:120:0047:0053:PT:PDF> (Consultado em 02/02/2011)

⁹³ 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)

probabilidades em dado momento, ditadas pela avaliação da relação benefício-custo e dos possíveis riscos. A qualidade da segurança sanitária reflecte a qualidade do sistema de cuidados de saúde.”⁹⁴

A concepção de segurança sanitária vai sofrendo forçosamente alterações mediante a evolução dos acontecimentos e especificamente perante as ameaças latentes de bioterrorismo e a possível mutação dos agentes patogénicos utilizados, bem como dos vectores utilizados e das populações a atingir, ao que se adiciona a eficácia do sistema de saúde. Assim “(...) Para avaliar a segurança sanitária de um acto ou de um produto, há que o situar numa escala de risco que permita identificar o risco menor e não o risco nulo. Nesta relação benefícios-riscos, devem-se ter em conta cinco critérios: grau; realidade; frequência; duração; necessidade (...).”⁹⁵ Após esta avaliação o poder político deverá tomar a decisão de considerar, ou não, estar perante uma situação de emergência sanitária e quais as medidas a tomar. No entanto, salienta-se que estas decisões poderão ter que ser tomadas em situação de crise, nas quais as autoridades são confrontadas com cenários de grandes incertezas, de disfunção de alguns sistemas e de divergências de opinião. Nestes cenários “(...) Para não ceder à improvisação, face à urgência da situação, deve ser possível contar com processos de avaliação, controlo e intervenção previamente definidos e testados, pelo que se impõe uma reflexão sobre as crises anteriores e sobre a metodologia a adoptar em matéria de segurança sanitária.”⁹⁶

Relativamente à perspectiva da saúde, são cinco os factores médicos para definir a segurança sanitária: “(...) Vigilância sanitária (...). A missão desta vigilância consiste em detectar os acidentes médicos e as patologias iatrogénicas (...); Escolha das estratégias terapêuticas (...); a formação médica permanente (...); a administração dos cuidados de saúde e realização dos actos médicos (...); organização e funcionamento das estruturas de cuidados de saúde (...). O sistema de saúde deve estar em condições de dar resposta às necessidades das populações e de assumir a cobertura sanitária nas melhores condições de segurança (...); recurso aos bens de saúde (...) medicamentos, dispositivos médicos utilizados em medicina, produtos de origem humana, reagentes de laboratório (...).”⁹⁷

A segurança sanitária a nível mundial assumiu um lugar de destaque a nível dos programas internacionais, uma vez que o número de conflitos, desastres naturais e surtos epidémicos têm vindo a aumentar, bem como a noção de ameaças latentes NRBQ.⁹⁸

A OMS é a autoridade da ONU coordenadora da acção sanitária e a responsável pela liderança nos assuntos sanitários mundiais. Produz a agenda das investigações, estabelece as normas, articula as opções políticas baseadas na evidência, presta apoio técnico aos países e faz a vigilância da situação sanitária a nível mundial.⁹⁹ As prioridades da OMS relativamente a esta matéria são estabelecidas com base na análise de acontecimentos precedentes, em resoluções de alcance mundial e regional e tendo em consideração as necessidades dos países. A OMS estabeleceu a necessidade de reforçar a segurança sanitária mundial,

⁹⁴Comité Económico e Social Europeu, 2005, *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo»* (2005/C 120/10), Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:120:0047:0053:PT:PDF> (Consultado em 02/02/2011)

⁹⁵ Idem

⁹⁶Comité Económico e Social Europeu, 2005, *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo»* (2005/C 120/10), Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:120:0047:0053:PT:PDF> (Consultado em 02/02/2011)

⁹⁷ Idem

⁹⁸Organização Mundial de Saúde, 2006, *Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015. Un programa de acción sanitaria mundial*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_spa.pdf (Consultado em 06/01/2011)

⁹⁹Organização Mundial da Saúde, 2011, *Acerca de la OMS*. Disponível em: <http://www.who.int/about/es/> (Consultado em 06/01/2011)

intensificando o auxílio, numa abordagem integrada, para uma resposta de toda a sociedade às novas e graves ameaças, incluindo as situações de desastre e de conflito.¹⁰⁰

O conceito de segurança sanitária está definido e aceite a nível mundial no entanto ainda há alguns passos a dar no sentido da implementação, ou seja “(...) *Na União Europeia, mais rica e mais inclinada aos mecanismos de mutualização dos riscos, o passo a dar agora é a institucionalização da segurança sanitária. Para debater as decisões no âmbito da segurança sanitária e, sobretudo, divulgá-las é necessário utilizar todos os meios disponíveis, dando aos cidadãos da União Europeia outras alternativas que não o pânico ou a dissimulação; só assim é que a União Europeia se tornará numa democracia adulta em matéria de saúde pública (...).*”¹⁰¹

A segurança sanitária inclui-se nas matérias da saúde pública ao nível das organizações internacionais, mas no quadro regional ainda existe uma *décalage* relativa, sendo certo que a distância deveria ser encurtada tendo em consideração a segurança das populações e dos Estados. “ (...) *Nos Estados-Membros da União Europeia, a saúde pública ainda não tem em conta os princípios da segurança sanitária (...)* A segurança sanitária não é o resultado de uma equação nem a aplicação de receitas, assenta, antes, no espírito de precaução e de contradição (...) *Requer sensibilização e articulação transfronteiras (...)* Os riscos sanitários são *proteiformes, infinitamente variados e, na generalidade, inesperados. Os comportamentos face à doença evoluem, os vírus sofrem mutações, os agentes infecciosos renovam-se ou dissimulam-se (...).*”¹⁰²

¹⁰⁰ Organização Mundial de Saúde, 2006, *Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015. Un programa de acción sanitaria mundial*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_spa.pdf (Consultado em 06/01/2011)

¹⁰¹ Comité Económico e Social Europeu, 2005, *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo»* (2005/C 120/10), Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:120:0047:0053:PT:PDF> (Consultado em 02/02/2011)

¹⁰² Idem

Capítulo II - Estudo de Caso. Portugal

2.1. Incidentes NRBQ. Estrutura Operacional Nacional

Este capítulo pretende expor as dinâmicas e as instituições/organizações que operam perante uma ameaça NRBQ ou, caso aconteça, num teatro de operações NRBQ em Portugal, sem termos a pretensão de ser exaustivos, dado o tempo disponível e a dimensão deste trabalho. Optámos por fazer uma revisão dos documentos disponíveis *on-line* nas organizações, nomeadamente no Ministério da Administração Interna, Ministério da Defesa, Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde, Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Estado-Maior das Forças Armadas, Estado-Maior da Armada, Estado-Maior do Exército, Estado-Maior da Força Aérea e Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC). Essa revisão documental demonstrou que a ANPC, na sua Directiva Operacional Nacional nº3 – NRBQ¹⁰³, objectava o assunto em questão e, desta forma, optamos por analisar este documento. No entanto, quando descrevemos o conteúdo da directiva optamos por só salientar o que consideramos relevante para a nossa investigação.

Portugal embora não seja um Estado sujeito a ameaças ou ataques NRBQ de grande dimensão, tem que manter o estado de alerta, uma vez que estes poderão acontecer e o país deverá estar preparado estruturalmente e operacionalmente para actuar, devendo “(...) *definir 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 (...)*”.¹⁰⁴ Estes procedimentos enquadram-se nos pressupostos operacionais previstos no Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro (SIOPS)¹⁰⁵, definido como “(...) *o conjunto de estruturas, normas e procedimentos de natureza permanente e conjuntural que asseguram que todos os agentes de protecção civil actuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único (...) é desenvolvido com base em estruturas de coordenação, os centros de coordenação operacional, de âmbito nacional e distrital, onde se compatibilizam todas as instituições necessárias para fazer face a acidentes graves e catástrofes e estruturas de comando operacional que, no âmbito das competências atribuídas à Autoridade Nacional de Protecção Civil, agem perante a iminência ou ocorrência de acidentes graves ou catástrofes em ligação com outras forças que dispõem de comando próprio.*”¹⁰⁶. O SIOPS contém os princípios fundamentais para a gestão de emergências em Portugal.

A Directiva em análise é um documento de planeamento, organização, coordenação e comando operacional, realizada com a finalidade de 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*”¹⁰⁷.

¹⁰³ 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.proxiv.pt/cnos/directivas/ANPC_DON-3_NRBQ.pdf (Consultado em: 10/12/2010)

¹⁰⁴ Idem

¹⁰⁵ Diário da República, *Decreto-Lei nº 134/2006*, 1ª série, nº 142 de 25 de Julho de 2006, Ministério da Administração Interna. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/07/14200/52315237.pdf> (Consultado em: 12/12/2010)

¹⁰⁶ Idem

¹⁰⁷ 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.proxiv.pt/cnos/directivas/ANPC_DON-3_NRBQ.pdf (Consultado em: 10/12/2010)

No campo de acção da Directiva participam entidades, forças e serviços, as quais actuam de acordo com as suas competências. Estas entidades são:

- A ANPC, que desenvolve as investigações de forma a conhecer os riscos NRBQ; Promove ligação com outras instituições de natureza técnico-científica para atingir conhecimento de excelência em matéria de avaliação do risco; garante as acções de sensibilização e informação ao público; garante que os planos de emergência de protecção civil contemplam e respeitam as normas e procedimentos que decorrem da Directiva. Através do Comando Nacional de Operações de Socorro (CNOS)¹⁰⁸ assegura a monitorização da situação nacional no que à protecção e socorro diz respeito, particularmente no que concerne com ocorrências que envolvam riscos NRBQ; recebe ou emite pedidos de meios adicionais; assegura o envio de notificações e informações de situações de emergência ocorridas em território nacional com consequências transfronteiriças, bem como recebe notificações e informações de situações de emergência ocorridas no estrangeiro, quer ao nível da UE quer ao nível internacional; assegura a articulação com os Comandos Distritais de Operações de Socorro (CDOS); garante, em caso de emergência “(...) envolvendo riscos ou suspeita de riscos NRBQ: (1) A apresentação, em tempo útil, de proposta ao Presidente da ANPC para o accionamento do Estado de Alerta Especial do SIOPS; (2) O accionamento de Equipas de Reconhecimento e Avaliação da Situação NRBQ (...); (3) O fluxo de informação permanente e em tempo real com o(os) CDOS afectado(s); (4) O estabelecimento dos necessários contactos com as entidades competentes, com vista a uma eventual mobilização de meios; (5) A informação permanente ao Ministro da Administração Interna, através do Presidente da ANPC, sobre a situação em curso; (6) O accionamento do apoio técnico considerado necessário, nomeadamente junto das Unidades Orgânicas relevantes da ANPC; (7) A informação ao público, designadamente através dos Órgãos de Comunicação Social e da Página CNOS Online”.¹⁰⁹Através dos CDOS, assegura a monitorização da situação distrital em relação à protecção e socorro; assegura a articulação com os Agentes de Protecção Civil de âmbito distrital; garante “(...) em caso de ocorrência de uma situação de emergência envolvendo riscos ou suspeita de riscos NRBQ: (1) O despacho imediato para o local dos meios considerados mais adequados e necessários; (2) O rápido isolamento da área pela força de segurança territorialmente competente; (3) A informação imediata ao CNOS, através do Comandante de Assistência às Operações.”¹¹⁰
- As Câmaras Municipais que apoiam as operações, dentro da sua área geográfica, técnica e a nível logístico de acordo com as suas capacidades; garantem a articulação com outras entidades, consideradas pertinentes, de âmbito municipal; promovem a avaliação da situação e, quando necessário, activam as Comissões Municipais de Protecção Civil e os Planos Municipais de Emergência.

¹⁰⁸Sumariamente é função do CNOS “Garantir o funcionamento, a operatividade e a articulação com todos os agentes de protecção civil integrantes do sistema de protecção e socorro; (...) Apoiar técnica e operacionalmente o Governo” in Diário da República, *Decreto-Lei n.º 134/2006*, 1.ª série, n.º 142 de 25 de Julho de 2006, Ministério da Administração Interna.

¹⁰⁹Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2010, *Directiva Operacional Nacional n.º3 – 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)

¹¹⁰Idem

- O Regimento de Sapadores Bombeiros de Lisboa, Batalhão de Sapadores Bombeiros do Porto, Companhia de Sapadores Bombeiros de Setúbal, Companhia de Sapadores Bombeiros de Coimbra e Corpo de Bombeiros de Santa Maria da Feira, os quais avaliam, identificam e definem estratégias. A nível da intervenção delimitam o perímetro de trabalho, detectam, identificam, monitorizam, recolhem e transportam amostras NRBQ, em colaboração com as entidades competentes. Fazem a descontaminação do pessoal e do equipamento, garantem o acesso às vítimas, o isolamento, contenção e eventual trasfega, de modo a controlar o incidente.
- A Força Especial de Bombeiros deve cumprir as missões que atribuídas pelos CNOS e/ou pelo CDOS no que respeita a reforço e complemento ao Corpo de Bombeiros, designadamente na busca, resgate, socorro, apoio a operações de evacuação da população.
- Os restantes Corpos de Bombeiros devem despachar, de forma célere, para o local da ocorrência os meios de socorro adequados, transmitir ao CDOS as informações sobre a ocorrência. Bem como proceder a acções de busca, resgate e socorro, prestar apoio às forças de segurança em operações de evacuação de população.
- A Guarda Nacional Republicana deve cumprir todas as missões que legalmente lhe estão atribuídas, designadamente afiançar os corredores de emergência e de evacuação, a escolta e acesso rápido aos meios de socorro, os perímetros de segurança. Colaborar nas actividades de mobilidade das populações, na identificação das vítimas e no apoio psicossocial às vítimas e seus familiares. Assim como através do Serviço de Protecção da Natureza e do Ambiente avaliar os danos causados no ambiente pelos agentes NRBQ, e através do Centro de Inactivação de Explosivos e Segurança em Subsolo da Unidade de Intervenção, assegurar o reconhecimento e investigação, na sua Zona de Acção, de objectos suspeitos ou contendo agentes NRBQ, ou suspeitos de serem explosivos e inactiva-los. Através do Grupo de Intervenção de Protecção e Socorro da Unidade de Intervenção, executa acções de prevenção e de intervenção de primeira linha, em situação de emergência de protecção e socorro. Poderá ter que disponibilizar peritos em agentes NRBQ.
- A Polícia de Segurança Pública, deve cumprir todas as missões que legalmente lhe estão atribuídas nomeadamente garantir os corredores de emergência e de evacuação, garantir a escolta e facilitação de trânsito aos meios de socorro, assegurar os perímetros de segurança, colaborar nas acções de mobilidade de populações, colaborar na identificação das vítimas, colaborar no apoio psico-social às vítimas e seus familiares, proceder à avaliação dos danos causados pelos agentes NRBQ no meio ambiente. Assim como assegurar a intervenção em acções de reconhecimento e investigação de objectos suspeitos ou contendo agentes NRBQ e na sua Zona de Acção, proceder à inactivação dos que representem ou se suspeite representarem perigo de explosivo. Poderá ter que disponibilizar peritos em agentes NRBQ e peritos ambientais.
- O INEM, no âmbito das suas competências, através da respectiva Equipa de Intervenção em Incidentes NRBQ e relativamente às vítimas deve colaborar com as equipas de resgate com o objectivo de estabelecer prioridades na evacuação de vítimas, colaborar na descontaminação de

vítimas em ambulatório e/ou em maca, assegurar a triagem secundária e estabilização médica, garantir a coordenação da evacuação secundária para as Unidades de Saúde adequadas.

- A Cruz Vermelha Portuguesa tem como missão nestas situações apoiar as operações de socorro que se venham a desenrolar, nomeadamente na área da emergência médica, do apoio psicológico e do apoio social, assim como designar peritos em matérias NRBQ para apoio às acções de avaliação e apoio à decisão.
- As Forças Armadas serão solicitadas de acordo com os planos de envolvimento aprovados ou quando a gravidade do evento o exija, sempre enquadrada pelos respectivos comandos militares e legislação específica. Compete ao Estado-Maior General das Forças Armadas, promover a necessária articulação entre a ANPC e os três Ramos. Particularizando a Marinha pode cooperar no reconhecimento, detecção, monitorização de agentes RBQ, na marcação/delimitação da área contaminada e conceder meios para a descontaminação colectiva de pessoal e material. O Exército através do Elemento de Defesa Biológica, Química e Radiológica, pode executar a detecção, identificação, monitorização e descontaminação de vítimas, pessoal, equipamento, infra-estruturas e terreno relativamente a agentes RBQ. Bem como pode fazer a colheita e transporte de amostras BQ, aviso e relato/alerta com destaque para a Previsão de Áreas Contaminadas, emprego de meios de Engenharia Militar em operações de apoio à montagem de locais de descontaminação, às acções de controlo da contaminação e de marcação da área contaminada, ao estabelecimento do perímetro de segurança ou de apoio à mobilidade das equipas do Elemento de Defesa Biológica, Química e Radiológica ou outras entidades, reforçar a execução de contra-medidas e apoio médico adicional, fazendo recurso das infra-estruturas sanitárias do Exército e dos seus conhecimentos técnico-científicos. O Exército pode ainda assegurar a gestão dos perigos através da permanente monitorização das regiões que dão acesso à área contaminada, execução dos procedimentos de segurança no acesso à área de actuação do Elemento de Defesa Biológica, Química e Radiológica. A Força Aérea pode colaborar no reconhecimento, detecção e monitorização, recolha de amostras Radiológicas e Químicas, previsão, aviso e *reporting* manual, descontaminação colectiva de pessoal e material.
- A Polícia Judiciária em ocorrências de natureza não criminal que envolvam substâncias NRBQ, deve implementar os procedimentos internos adequados à identificação do tipo de agente NRBQ e quais as suas especificidades, identificar os parâmetros da evolução do perigo que envolve a ameaça, identificar os procedimentos internos aplicáveis à confirmação da identificação de cadáveres. Compete também à PJ, através da Unidade Nacional de Contra Terrorismo e do Laboratório de Polícia Científica, sempre que se suspeite que a origem da ocorrência teve natureza humana, participação na equipa de triagem de pessoas no local com vista à condução de eventuais intervenientes processuais para local apropriado, preservação do local, recolha de vestígios e outros indícios de prova e seu encaminhamento para as entidades legalmente competentes para respectivos procedimentos, recolha de informação e reportagem fotográfica e de vídeo de toda a área atingida e sua envolvente e salvaguarda de eventuais registos de sistemas de videovigilância no local.

- A Direcção-Geral da Saúde (DGS), coordena e assegura a vigilância epidemiológica, bem como dos sistemas de alerta e resposta apropriada, dirige o sistema de emergências de saúde pública e coordena a actividade de todos os serviços do Ministério da Saúde com intervenção nessa área em situações de emergência de saúde pública, em articulação e cooperação com os restantes serviços e organismos do Ministério da Saúde e com as Administrações Regionais de Saúde, I. P.. Para este efeito os serviços e os organismos do Ministério da Saúde, bem como os serviços e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, mesmo que não incluídos no Serviço Nacional de Saúde, devem prestar à DGS toda a colaboração. A DGS deve ainda propor estratégias e coordenar programas específicos para avaliação e colaboração na gestão do risco para a saúde humana no que concerne com a água, os espaços construídos, os resíduos, as substâncias químicas e biológicas, os organismos geneticamente modificados e ainda as radiações ionizantes e não-ionizantes. É também de sua competência, em situações de emergência radiológica em instalações, coordenar as acções, desde a notificação inicial até ao final de uma emergência radiológica em que todos os intervenientes terminaram a acção de resposta, propor as acções adequadas relativas aos tipos de agentes radiológicos presentes, notificar outros organismos informando sobre as acções já tomadas e fornecendo a avaliação da situação, notificar o Ministério dos Negócios Estrangeiros se a situação de emergência envolver uma libertação, real ou potencial, com implicações transfronteiriças, enviar pessoal para a zona e coordenar, no terreno, as acções relativas aos aspectos radiológicos, manter o Conselho Nacional do Planeamento Civil de Emergência e outros organismos, informados sobre a situação, dar resposta às solicitações das autoridades locais, distritais, regionais e nacionais sobre informação e assistência técnica. Bem como disponibilizar técnicos de ligação com as autoridades locais, distritais, regionais e nacionais para avaliação de aspectos técnicos e das consequências potenciais ou reais, reexaminar as recomendações técnicas emitidas por outros organismos antes de serem postas em prática integrando o parecer da Comissão Nacional para Emergências Radiológicas, aprovar o envio às autoridades locais, distritais, regionais e nacionais dos dados de monitorização e das avaliações feitas, preparar uma posição oficial coordenada sobre as recomendações de medidas de intervenção e apresentá-la às autoridades locais, distritais, regionais e nacionais. Deve também, relativamente a emergências radiológicas, prestar assistência às autoridades locais, distritais, regionais e nacionais na implementação das medidas de intervenção, fornecer às autoridades e à Comissão Nacional para Emergências Radiológicas informações sobre as condições radiológicas na zona e os seus efeitos potenciais ou reais, bem como sobre as condições em que se encontra a instalação ou as fontes radioactivas responsáveis pela emergência. Relativamente à divulgação de informação oficial deve rever, aprovar e cooperar na divulgação de avaliações oficiais. A DGS tem que fornecer informações e dar resposta a solicitações dos membros do Governo sobre a situação radiológica.
- O Instituto Nacional de Medicina Legal, sempre que existam vítimas mortais, deve garantir, em articulação com o Comandante das Operações de Socorro e outras entidades presentes, a organização de Zonas de Reunião de Mortos e Necrotérios Provisórios. Deve ainda garantir a recolha de informações que possibilite proceder à identificação dos cadáveres, nomeadamente no

que respeita à colheita de dados Post-mortem (PM), colheita de dados Ante-mortem (AM) e cruzamento de dados PM/AM. O Instituto deve afiançar uma correcta tramitação processual de entrega dos corpos identificados tendo em consideração os procedimentos de segurança, nomeadamente em caso de contaminação dos mesmos e assegurar a coordenação com as estruturas competentes do Ministério Público, sendo que as autópsias poderão ser dispensada ao abrigo do n.º 3 do artigo 18º da Lei n.º45/2004, de 19 de Agosto.

- O Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge, IP, tem como obrigação a coordenação da resposta laboratorial em casos e surtos que possam ser um risco para a Saúde Pública, particularmente nos casos de surtos de infecções por microrganismos emergentes e re-emergentes de disseminação natural ou deliberada. Deve participar na investigação de casos e surtos, assim como acompanhar a resposta a alertas nacionais e internacionais, bem como colaborar, com as instituições parceiras, na produção de orientações técnicas e recomendações de apoio aos laboratórios e colaborar com estes e com as redes internacionais, objectivando a resposta rápida. Por último, fornecer dados dos instrumentos de observação em saúde (índice Ícaro¹¹¹, sistema de vigilância da mortalidade diária, sistema de vigilância da actividade gripal) para apoio à decisão operacional.
- O Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência, tem o objectivo de promover a articulação do Sistema Nacional de Planeamento Civil de Emergência, nomeadamente no que respeita às Comissões de Planeamento de Emergência e garantir as ligações às estruturas relevantes da NATO.
- O Serviço de Informações de Segurança (SIS), é o único organismo incumbido da produção de informações determinadas a garantir a segurança interna, a prevenir a sabotagem, o terrorismo, a espionagem e a prática de actos possam alterar ou destruir o Estado de direito constitucionalmente estabelecido.
- A Autoridade Nacional para a Proibição das Armas Químicas
- A Comissão Nacional de Emergências Radiológicas
- A Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE)
- O Instituto Nacional dos Recursos Biológicos, IP / Laboratório Nacional de Investigação Veterinária
- A Direcção-Geral de Energia e Geologia
- O Instituto Tecnológico e Nuclear
- A Agência Portuguesa do Ambiente
- O Instituto de Meteorologia
- A Direcção Geral da Autoridade Marítima (DGAM)

¹¹¹Índice Ícaro é um valor que reflecte a mortalidade prevista pelo modelo de previsão subjacente ao sistema de vigilância ÍCARO. O objectivo deste índice é reflectir a mortalidade estimada possivelmente associada aos factores climáticos previstos. O índice toma valores maiores ou iguais a zero.

Conforme se percebe, a rede de entidades abrange todas as áreas que eventualmente são essenciais e estão perfeitamente definidas as suas competências na matéria e a sua actuação em teatro de operações, bem como a coordenação entre as mesmas. Relativamente à coordenação entre as entidades a Directiva determina que *“Todas as entidades antes referidas, perante a ocorrência ou iminência de ocorrência de uma situação de emergência envolvendo agentes NRBQ, observam escrupulosamente os procedimentos aqui definidos, garantindo o cabal cumprimento das respectivas missões e responsabilidades.”*¹¹² Ressalva-se o facto de que os agentes e os eventos NRBQ têm características diferentes e que as entidades são chamadas a actuar de acordo com a avaliação prévia, as necessidades da situação e as especificidades e competências das mesmas, conforme dita a Directiva *“Considerando que cada agente NRBQ comporta características próprias, impõe-se como fundamental adequar os procedimentos associados às acções de resposta a cada caso concreto assim como os meios e recursos a envolver.”*¹¹³ Torna-se desta forma fundamental a avaliação imediata da situação e atendendo a este pressuposto foram produzidas as Equipas de Reconhecimento e Avaliação da Situação NRBQ. De acordo com a Directiva as Equipas *“(…) têm como tarefa proceder a uma rápida avaliação da situação em causa e a um reconhecimento do local do incidente, reportando, pelas vias mais expeditas, ao escalão superior o resultado da sua intervenção (…)* A informação recolhida pelas Equipas de Reconhecimento e Avaliação da Situação NRBQ constituirá, na maioria dos casos, factor determinante para o accionamento dos meios complementares de intervenção, assim como para o processo de tomada de decisão.” Estão equipadas com os meios necessários para efectuar a avaliação e após a avaliação e com base na mesma, devem estabelecer *“(…) um perímetro inicial de segurança nunca inferior a 50 metros. Depois de confirmada a presença de um agente NRBQ, os limites do perímetro de segurança serão ajustados pela equipa especializada.”* As Equipas são accionadas à ordem dos Comandantes Operacionais Distritais e em articulação com o Comando Nacional de Operações de Socorro, sendo que este último pode accionar as equipas para actuarem em qualquer ponto do país, respeitando a articulação com os respectivos Comandantes Operacionais Distritais. Durante a operação, reportam ao Comandante das Operações de Socorro quando exista.

Em termos práticos, o processo de alerta e resposta decorre da seguinte forma: *“Os centros “112”, os Corpos de Bombeiros ou as Centrais das Forças e Serviços de Segurança recebem o alerta do público, transmitindo a informação relevante sobre situações com suspeita ou com agentes NRBQ ao Comando Distrital de Operações de Socorro do distrito da ocorrência (…).”* Este regista a informação na Ficha de Notificação Inicial¹¹⁴ deve enviar cópia (em formato de papel e em formato digital) ao Comando Distrital de Operações de Socorro da área da ocorrência. Este entrega a Ficha de Notificação Inicial à Equipa de Reconhecimento e Avaliação da Situação NRBQ, para eventual complemento, devendo este proceder também ao preenchimento da Ficha de Reconhecimento. Em caso de necessidade de intervenção mobilizam-se as equipas necessárias para o teatro de operações, as quais deverão utilizar a Ficha de Intervenção. Com estes documentos pretende-se garantir a recolha adequada das informações e garantir o

¹¹² 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)

¹¹³ Idem

¹¹⁴ Documento de preenchimento faseado. No contacto inicial apenas se deverá preencher os campos com os dados que lhe sejam disponibilizados no momento do contacto.

correcto tratamento das mesmas, designadamente no que respeita ao relato para o nível superior (ANEXO I).

Em relação às emissões de radiações a Rede de Vigilância em Contínuo da Radioactividade do Ar Ambiente, da dependência da Agência Portuguesa do Ambiente, assinala a existência de níveis anormais de radiação ionizante no ar e em caso de emergência radiológica, transmite à Autoridade Nacional de Protecção Civil a informação. Este procedimento é seguido, de igual modo, pelas outras autoridades técnicas nomeadamente pela Direcção Geral de Saúde e pelo Instituto Tecnológico e Nuclear. Em casos de emergências radiológicas ou acidentes nucleares no estrangeiro com efeitos transnacionais, estas são transmitidas pelas autoridades públicas do Estado em causa à Agência Portuguesa do Ambiente e à Autoridade Nacional de Protecção Civil através do sistema ECURIE¹¹⁵ da UE e/ou do sistema ENAC¹¹⁶, da Organização das Nações Unidas. Sempre que existam suspeitas ou ataques com agentes Químicos ou Biológicos no estrangeiro com consequências transnacionais, estas são transmitidas pelas autoridades públicas do Estado de origem, à Direcção Geral de Saúde e à Autoridade Nacional de Protecção, através do sistema RASBICHAT¹¹⁷.

No que respeita à informação ao público em caso de ocorrência de incidente envolvendo agentes NRBO, compete à “(...) *Autoridade Nacional de Protecção Civil, sob a tutela política do Ministério da Administração Interna e em articulação com as demais entidades nacionais com competência nesta área de intervenção, desenvolver as acções consideradas como relevantes com vista a manter o público informado sobre os contornos da ocorrência e, designadamente, sobre as medidas de auto-protecção que deverão ser observadas, recorrendo para tal aos meios mais adequados disponíveis, nomeadamente, o sítio da Autoridade Nacional de Protecção Civil na Internet (CNOS Online).*”¹¹⁸

Os procedimentos anteriormente expostos são testados periodicamente em exercícios de protecção civil, de forma a existir coordenação entre todas as entidades e para que todos os procedimentos, em teatro de operações, sejam executados na íntegra.

O exposto sumariza a conduta assumida a nível nacional em situação de ocorrência ou ameaça NRBO, ao que se acrescentam outras iniciativas nacionais ao nível de entidades participantes na estratégia referida, nomeadamente a Direcção Geral de Saúde que é o organismo responsável pela implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em Portugal. Este documento foi adoptado por Portugal e transposto para o direito interno¹¹⁹, assumindo desta forma carácter vinculativo. A Direcção Geral de Saúde de forma a prestar serviços de qualidade à comunidade, tem vindo a desenvolver esforços para colmatar eventuais lacunas existentes no sistema e desta forma tem vindo a criar serviços que objectivam responder à missão enunciada, nomeadamente 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*

¹¹⁵Comissão Europeia, 2011, *European Community Urgent Radiological Information Exchange (ECURIE)*. Disponível em:

<http://rem.jrc.ec.europa.eu/RemWeb/activities/Ecurie.aspx> (Consultado em: 04/04/2011)

¹¹⁶Early Notification and Assistance Convention. in: Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2010, *Directiva Operacional Nacional n.º3 – NRBO. Dispositivo Integrado de Operações Nuclear, Radiológico e Químico*, Ministério da Administração Interna. Carnaxide. Disponível em: http://www.procipt.pt/cnos/directivas/ANPC_DON-3_NRBO.pdf (Consultado em: 10/12/2010)

¹¹⁷Rapid Alert System for Biological and Chemical Attacks

¹¹⁸Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2010, *Directiva Operacional Nacional n.º3 – NRBO. Dispositivo Integrado de Operações Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico*, Ministério da Administração Interna. Carnaxide. Disponível em: http://www.procipt.pt/cnos/directivas/ANPC_DON-3_NRBO.pdf (Consultado em: 10/12/2010)

¹¹⁹Diário 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)

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.”¹²⁰

Este capítulo permite verificar a importância dada às ameaças NRBQ, atendendo aos esforços desenvolvidos para as superar e às estratégias e planos implementados. Não obstante é manifesta a omissão de medidas respeitantes à vigilância sanitária de proximidade, como meio de alerta rápido.

2.2. Serviços de saúde ao nível das NUTS III

O Quadro da saúde em Portugal até 1979 foi pautado pela baixa protecção à população. Detinham-se índices elevados de mortalidade, de mortalidade infantil e de natalidade e baixa esperança média de vida, ou seja o processo de transição demográfica ainda não se tinha concluído. No ano de 1979 a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro¹²¹, criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com o objectivo de assegurar o direito à protecção da saúde e garantir “o acesso (...) a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos”. Referia ainda que o SNS “envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”. O mesmo diploma deliberava que este “goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispendo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).” A concepção do SNS é o apogeu de várias iniciativas políticas que se vinham a desenvolver e que com a bandeira da acessibilidade e da saúde para todos, foram criados hospitais, centros de saúde e postos dos Serviços Médico-Sociais para garantir a universalidade. Estas medidas vieram reverter a situação trazendo progressos na saúde sobejamente conhecidos, como a diminuição da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida.

Com o decorrer dos anos foram-se verificando muitas alterações de forma a actualizar o sistema, no entanto o peso económico aumentava assumindo percentuais do Produto Interno Bruto relevantes para a economia do país, colocando em causa a sustentabilidade. Segundo Correia de Campos (2008) “ (...) Uma política de saúde responsável, em Portugal, não deve procurar gastar menos em saúde, mas gastar melhor.”

Com as alterações demográficas que ocorreram, como a diminuição da taxa de natalidade, da taxa de mortalidade, do índice de fecundidade, o aumento da esperança média de vida, a urbanização da população à qual se acrescenta um fenómeno decorrente desta, ou seja o despovoamento dos centros urbanos e superpovoamento da periferia para além da tendência de litoralização da população induziram a um fenómeno de desajuste na distribuição das unidades de saúde, os objectivos a que se propunha o Sistema

¹²⁰Diário 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)

¹²¹Diário da República, 1979, *Lei n.º 56/79*, 1.ª série — N.º 214 — 15 de Setembro de 1979, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1979/09/21400/23572363.pdf> (Consultado em: 10/05/2010)

Nacional de Saúde não estavam a ser cumpridos uma vez que passou a existir população com limitações respeitantes à acessibilidade aos cuidados de saúde bem como áreas de intervenção da saúde igualmente com lacunas. Estas conjunturas criavam grandes dificuldades de governação às quais se somavam, segundo Correia de Campos (2008) “*défices de cobertura nos cuidados essenciais, os cuidados de saúde primários, perpetuavam lacunas e perdas de qualidade, sempre com custos elevados.*” Desta forma desenvolveram-se iniciativas de forma a adequarem-se os serviços de saúde às características demográficas nacionais e conseguiram-se ganhos em saúde, nomeadamente a diminuição das listas de espera para cirurgias. Não obstante, os compromissos com a União Europeia relativos à redução do défice público obrigaram a execuções restritivas, assim foram adoptadas medidas em conformidade como a redução de horários acrescidos, de horas extraordinárias e a concentração de hospitais e Centros de Saúde. Estas medidas foram tomadas em conformidade com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005, de 4 de Agosto¹²², 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 Outubro¹²³ 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 Maio¹²⁴, 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 Maio¹²⁵, 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 privada e tendo em conta as redes de referenciação nacional, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P.*” Decorrente desta legislação e de legislação posterior em conformidade iniciou-se um processo de encerramento de serviços de saúde de proximidade, sendo que para além de se pretender diminuir custos pretendia-se igualmente aumentar a qualidade dos serviços prestados. De acordo com os resultados publicados¹²⁶, os ganhos em saúde foram conseguidos e os ganhos económicos também, embora não sejam suficientes. Actualmente e de acordo com os resultados disponíveis publicados pelo Instituto Nacional de Estatística o quadro actual dos

¹²² Diário da República, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005*, 1ª série-B, N.º 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)

¹²³ Diário da República, *Decreto-Lei n.º 212/2006*, 1ª série, N.º 208 de 27 de Outubro, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20800/75177525.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)

¹²⁴ Diário da República, *Decreto-Lei n.º 219/2007*, 1ª série, N.º 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)

¹²⁵ 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> (10/08/2011)

¹²⁶ Correia de Campos, António, 2008. *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.

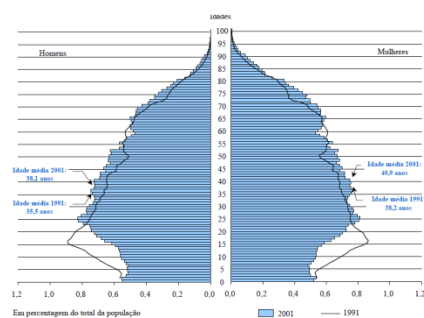
serviços de saúde é o que apresentamos nas tabelas 1, 2 e 3 do anexo II. Os valores que as tabelas apresentam confirmam a diminuição de equipamentos de saúde, essencialmente os de proximidade, ou seja as extensões dos centros de saúde, que relativamente à presente investigação poderiam exercer a função de vigilância no terreno, de avaliação e alerta rápido, conforme as organizações e os planos apresentados anteriormente determinam.

Apercebemo-nos assim que ao nível da vigilância de proximidade e no que respeita à saúde das populações existe efectivamente uma lacuna. Esta constatação induz-nos a uma outra questão: *Que população perdeu a unidade de saúde de proximidade e que poderá estar em risco?*

2.3. Cenário demográfico nacional

O capítulo que apresentamos pretende retratar a população portuguesa ao nível das NUTS III. Para atingir este objectivo, utilizamos os dados do INE relativos aos momentos censitários de 1991 e 2001. Os resultados dos CENSOS 2011 já disponíveis não apresentam a população por idade. Os progressos assinalados em Portugal nos últimos anos em paralelo com os restantes Estados da Europa, conduziram a alterações na dinâmica populacional, nomeadamente no que concerne com os comportamentos colectivos referentes 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 praticamente duplicou, passando de 52 idosos¹²⁷ para cada 100 jovens¹²⁸, para mais de 117 idosos para cada 100 jovens (2009). No período referido 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, no mesmo período, sofre um decréscimo de 15,8% para 3,6%.¹²⁹ Conforme se pode verificar na Figura 1 a população portuguesa entre 1991 e 2001 sofreu alterações que se traduzem num duplo processo de envelhecimento ao nível da base e do topo.

Figura 1: Pirâmide Etária Portugal 1991/2001



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2002, *CENSOS 2001*. Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=71467&DESTAQUESmodo=2 (Consultado em: 02/10/2011)

¹²⁷ Entende-se por idosos os indivíduos com mais de 65 anos.

¹²⁸ Entende-se por jovens os indivíduos com idade entre os 0 e os 14 anos.

¹²⁹ 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. Parede-Portugal

Este cenário de envelhecimento populacional é acompanhado pelo êxodo rural, pela urbanização e pela litoralização, muito devido à industrialização.¹³⁰ Em simultâneo a estrutura familiar sofreu mutações, motivadas pelas mudanças socioeconómicas introduzidas e perdeu a capacidade, anteriormente tida como certa, de protecção e suporte das crianças e dos idosos.¹³¹ As dinâmicas de distribuição territorial imprimiram grandes desigualdades na sociedade portuguesa, designadamente a nível económico e das infra-estruturas, conforme se viu no capítulo anterior relativamente aos equipamentos de saúde, que induziram a desigualdades em termos das características populacionais sendo o recíproco também verdadeiro. As mais penalizadas foram as regiões essencialmente rurais, com níveis de envelhecimento na base e no topo em crescendo, conforme a tabela 4 (Anexo II) e com diminuta protecção familiar, uma vez que os efectivos em idade activa saem das zonas desfavorecidas economicamente e em termos de infra-estruturas, para zonas que lhes permitam alcançar níveis económicos e, do que consideram, de bem-estar, mais satisfatórios.

A concepção de sociedade referida é perceptível nos gráficos 1 a 3¹³². Um estudo do INE¹³³ prevê que em 2050, o Índice de Envelhecimento ascenderá a 243 idosos por cada 100 jovens, e a proporção de pessoas idosas no total da população será de 32%. Assim como se olharmos para as estimativas do INE para 2008, representadas no gráfico 3. Ao que se acrescenta o facto de que o processo de urbanização das populações e a transformação das famílias tradicionais se tem vindo a afirmar¹³⁴.

Gráfico 1

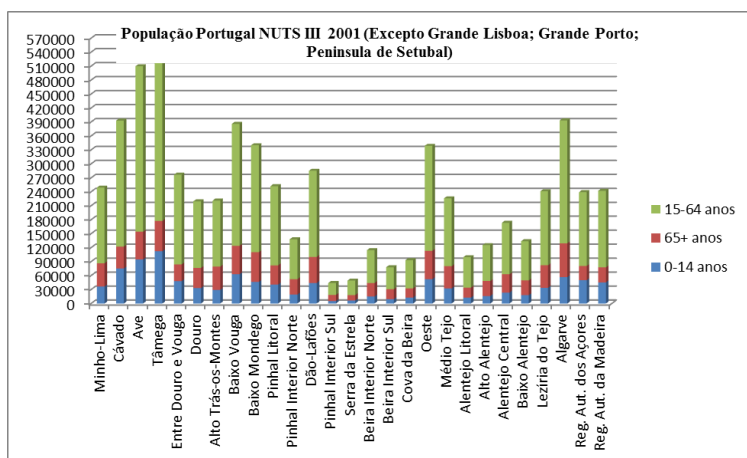
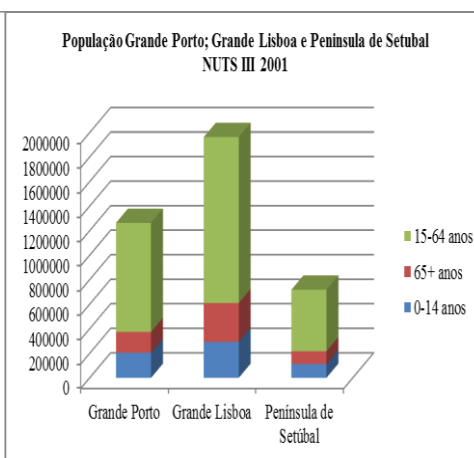


Gráfico 2



Fonte (Gráficos 1 e 2): Elaboração própria com base em: Instituto Nacional de Estatística, 2011, Base de Dados -População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001), Sexo e Grupo etário; Decenal. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000533&contexto=bd&selTab=tab2 Consultado (19/11/2011)

¹³⁰Rodrigues, Teresa Ferreira (Coord.), 2008, *História da População Portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*, Economia e Sociedade n.º3, CEPESE e Ed. Afrontamento. Porto.

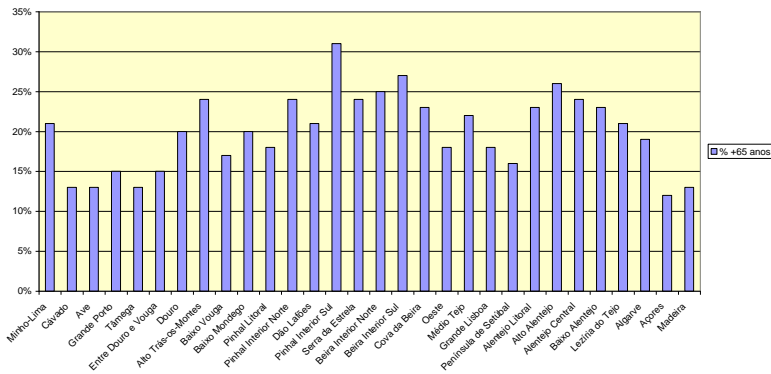
¹³¹Idem

¹³²Dividimos a representação gráfica da população em duas imagens, porque as três regiões representadas no gráfico 2 têm valores de efectivos populacionais de tal forma superiores às outras que quando representados em conjunto, as regiões com menor número de efectivos populacionais tornam-se pouco visíveis na imagem.

¹³³Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, 2007, *Envelhecimento Crescente mas Especialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, n.º 40, Instituto Nacional de Estatística. Lisboa

¹³⁴Rodrigues, 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. Parede-Portugal

Gráfico 3: Percentagem da População 65+anos Portugal NUTS III



Fonte: Elaboração Própria, com base em: Instituto Nacional de Estatística, 2010, *Estimativas Anuais da População Residente*, Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3 (Consultado em 10/04/2010)

Acrescentamos ao cenário exposto a evidência de que esta população idosa tem baixos níveis de instrução, conforme os gráficos 4 e 5, o que as fragiliza ainda mais e especificamente relativamente ao processo de saúde e doença, conforme confirmam alguns estudos.¹³⁵

Gráfico 4: Taxa de analfabetismo Portugal NUTS III 2001

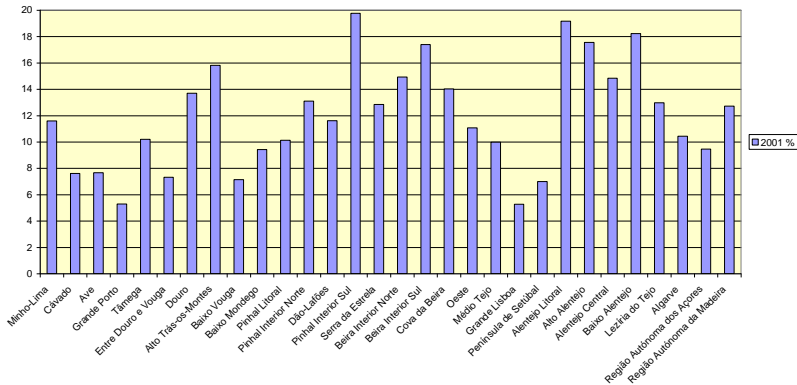
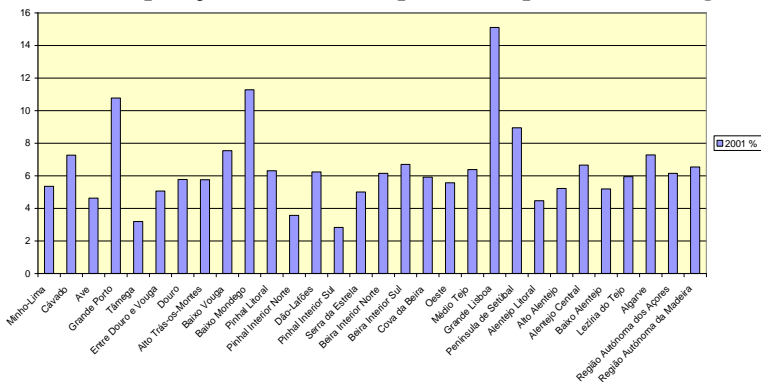


Gráfico 5: População com ensino superior completo (%) Portugal NUTS III 2001



Fonte (Gráfico 4 e 5): Elaboração Própria com base em: Instituto Nacional de Estatística, 2010, *Base de dados*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003914&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em 10/04/2010)

¹³⁵Caldwell, JC, 1995, *Education and Literacy as Factors in Health*, in S.B. Halstead, JA, Walsh, and K.S.Warren (eds), *Good Health at Low Cost*, Rockefeller Foundation. New York; Kinsella, Kevin, Phillips, David R., 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin Vol. 60, No. 1. Population Reference Bureau. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf> (Consultado em 18/12/2009); Castro Henriques, Filipa, 2004. *Envelhecimento, Educação e Saúde. Uma Análise Prospectiva 2001-2021*. Tese de Mestrados em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de estatística e gestão de Informação – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. (Policopiado)

2.4. Discussão

Apresentado o cenário nacional no que concerne com as medidas de operacionalização perante uma ameaça ou um teatro de operações NRBQ, os serviços de saúde e o cenário demográfico ao nível das NUTS III, percebemos que em cenários de ameaças ou de ataques NRBQ, a estrutura nacional prevista responde prontamente com coordenação entre as várias entidades intervenientes e de acordo com o determinado pelas organizações internacionais. Não obstante, parece-nos que relativamente à vigilância de proximidade, relativas a sinais de alerta de saúde, que em algumas situações são mascarados, nas primeiras horas ou dias, por sintomatologia de patologias comuns às quais não se dá a valorização necessária¹³⁶ que justifique uma deslocação aos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar da região, existe um vazio no que respeita a medidas implementadas. Estas medidas, no nosso entender, passam por serviços de saúde de proximidade com contacto directo e regular com as populações, uma vez que, de acordo com o cenário demográfico nacional, existem regiões no país com população muito envelhecida, com pouco, ou ausente, suporte familiar, com níveis de instrução baixa, limitando a capacidade de percepção e de gestão do processo saúde/doença e limitando igualmente a sua capacidade de deslocação, desde logo porque os seus níveis de rendimento são bastante baixos. Se admitirmos estas medidas como certas, se considerarmos que as unidades de saúde de proximidade são instrumentos de vigilância privilegiados e olharmos para o cenário relativo aos equipamentos de saúde, com as medidas económicas que levam ao encerramento de serviços de saúde de proximidade, conforme descrito no ponto 2.2, eventualmente teremos uma franja larga de população em situação de grande fragilidade relativamente à segurança sanitária. Perante este cenário decidimos enviar um instrumento de apreciação a um painel de especialistas das várias áreas que consideramos relevantes, para que dessem o seu parecer sobre esta matéria.

2.5. Matriz SWOT. Apresentação/discussão dos resultados.

Conforme referido, tendo como referencia o cenário nacional, anteriormente descrito e a ameaça latente de agentes NRBQ, optámos por fazer uma matriz SWOT com a finalidade de reunir as opiniões de um painel previamente seleccionado e de reconhecida relevância na matéria. Admitimos que relativamente á ameaça biológica e química Portugal não será um Estado de grande risco. Não obstante, esse risco materializou-se com o documento e as acções desenvolvidas por Anders Breivik Behring, nomeadamente com contactos directos com Portugal e menções ao nosso país. *Assim constituirão as regiões demograficamente mais envelhecidas e desprotegidas uma janela de oportunidade para materializar um ataque desta natureza?*

O instrumento, conforme o anexo II, apresenta o cenário e uma matriz SWOT em aberto, sem questões previamente elaboradas, de forma a não direccionar as respostas e eventualmente enviar os resultados.

O painel seleccionado foi constituído pelos seguintes especialistas: Ministro Defesa – Dr. José Pedro Aguiar-Branco; Ministro da Administração Interna – Dr. Miguel Macedo; Ministro da Saúde – Dr. Paulo Macedo; Chefe do Estado-maior das Forças Armadas – General Luís Evangelista Esteves de Araújo; Director Nacional da Policia de Segurança Publica – Superintendente-chefe Guilherme Guedes da Silva; Comandante-Geral da Guarda Nacional Republicana – Tenente-General Luís Manuel dos Santos Newton

¹³⁶ No caso do Antrax ou carbúnculo por inalação, provoca infecção respiratória, os sintomas iniciais são discretos, assemelham-se aos de uma infecção comum das vias aéreas superiores. Ao término de três a cinco dias, aparecem os sintomas agudos de insuficiência respiratória, sinais radiológicos sugestivos de exsudado pleural, febre e choque, que evolui rapidamente para a morte.

Parreira; Presidente da Autoridade Nacional de Protecção Civil – Major-General Arnaldo José Ribeiro da Cruz; Director-Geral da Saúde – Dr. Francisco George; Director do Instituto de Defesa Nacional – Major-General Vítor Daniel Rodrigues Viana; Professor Doutor Adriano Moreira; Vice-Almirante Alexandre Reis Rodrigues; General Loureiro dos Santos; Professor Doutor Constantino Sakellarides; Professor Doutor Nuno Severiano Teixeira.

O instrumento foi entregue aos especialistas por correio electrónico, por conveniência dos próprios, e foi-lhes facultado o contacto do investigador para o contactarem se assim o entenderem. Estabeleceram-se alguns contactos via correio electrónico, contactos telefónicos e reuniões com os que solicitaram, sendo que estes últimos visaram esclarecer dúvidas sobre o preenchimento da matriz e, nos casos em que o pedido se dirigia à entidade máxima da instituição, esta entidade pretendia informar o investigador sobre a razão de delegar. Todas as entidades delegaram para sectores internos que consideravam com mais conhecimento na matéria para, de acordo com os próprios, garantir a acuidade da resposta. Foi o caso do Exmo. Sr. Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, que considerou que o ideal seria que os três ramos das Forças Armadas dessem o seu contributo. Foi assim enviado o instrumento de avaliação aos Exmos. Srs. Chefe do Estado-Maior da Armada Almirante José Carlos Torrado Saldanha Lopes; Chefe do Estado-Maior do Exército General José Luís Pinto Ramalho; Chefe do Estado-Maior da Força Aérea General José António de Magalhães Araújo Pinheiro.

Em resposta ao solicitado, três especialistas enviaram o seu contributo, não tendo os restantes, até à data, enviado resposta, sendo que quatro especialistas contactaram o investigador justificando o facto de lhes ser impossível responder ao questionário em tempo útil.

A apresentação/discussão dos resultados, não tem a pretensão, nem teríamos a veleidade, de analisar as apreciações dos especialistas. O material apresentado vale por si só e permite que cada leitor tire as suas conclusões, o que, a acontecer, será o concretizar da nossa ambição e consideraremos que demos o nosso pequeno contributo para a segurança sanitária nacional.

Ainda assim, permitimo-nos sublinhar os seguintes pontos:

O Sistema Nacional de Saúde, no que concerne com a rede existente de equipamentos, confere serviços de qualidade em relação aos recursos humanos, ao acesso à formação dos profissionais, ao acesso à informação clínica, ao conhecimento do estado de saúde da população e à vigilância sanitária. No entanto esta rede abrange o país, em termos de unidades administrativas territoriais, até aos concelhos, ficando as freguesias em situação prejudicada. Relativamente às emergências e alerta, o facto de ter um único Número Nacional de Socorro (112) e um sistema informático de alerta *on line*, relativo à saúde, activo e eficaz é uma mais valia.

Este quadro satisfatório é depreciado devido à conjuntura actual de crise económica e consequente debilidade orçamental do Estado, para com os vários sectores, nomeadamente o da saúde, que implicam atrasos na implantação da rede de cuidados continuados, perda de recursos humanos qualificados na área da saúde, desmotivação dos profissionais da área e deterioração da rede de cuidados de saúde de proximidade, implicando um aumento do fluxo dos utentes aos serviços de urgência hospitalares. Acrescenta-se que com a crise económica, o acesso aos medicamentos ficou limitado, tornando-se urgente tomar medidas que permitam o acesso aos mesmos, designadamente vulgarizando a prescrição de

genéricos e introduzindo novos genéricos, uma vez que estes são mais baratos e conseqüentemente mais acessíveis.

Relativamente à área da geriatria, há lacunas na interacção e coordenação institucional, implicando respostas por vezes insatisfatórias às necessidades dos idosos, sendo que a ausência de estruturas oficiais vocacionadas para a saúde do idoso e a conseqüente escassez de profissionais de saúde, e outras, especializadas, poderá influenciar a falta de coordenação observada.

Constatando a escassez de médicos com especialidade de Medicina Geral Familiar e Saúde Pública, considera-se importante atrair os estudantes de medicina para estas especialidades de forma a garantir cuidados de saúde a toda a população.

Tendo como finalidade a equidade, seria de salutar prosseguir e consolidar a implementação das Unidades de Saúde Familiar, promover, implantar e certificar a telemedicina. De forma sintética, adequar a oferta dos serviços de saúde às necessidades das populações e efectivar as competências dos profissionais de saúde, no que concerne com a educação e promoção para a saúde. Concordantemente, uma vez que existem infra-estruturas sociais, a nível nacional, algumas subaproveitadas, reforçar as suas capacidades, designadamente no que à resposta às necessidades da população diz respeito. Num país envelhecido e com pouco poder económico, dinamizar e fomentar a instalação de Centros de Dia comunitários, seria uma medida a promover.

A rede nacional de resposta de socorro é eficaz, potenciada por uma cobertura nacional de rede de telecomunicações efectiva e por uma excelente coordenação da rede de socorros e elevada capacidade de diálogo entre as estruturas que operam na rede mencionada. Estes factores induzem à boa imagem que a população tem das forças de segurança e de socorro.

Como ameaças, os especialistas consideraram que a conjuntura política e económica do país, a conseqüente pobreza e a extinção e racionalização de órgãos e serviços do Estado, a diminuição da comparticipação dos medicamentos e o aumento das taxas moderadoras, poderão constituir factores desfavoráveis para a saúde dos indivíduos. Bem como a possibilidade de propagação da doença, em ampla escala, que poderá ser facilitada pelos factores anteriormente mencionados. Sendo que este quadro poderá ser agravado pela ausência de planos de intervenção específicos, para a problemática do envelhecimento demográfico associado à diminuição dos serviços de saúde de proximidade e conseqüente segurança sanitária.

Esta problemática assume contornos menos satisfatórios perante o contexto demográfico actual que conjuga o envelhecimento com o despovoamento do interior do país, ou seja, o isolamento geográfico dos idosos, e com a “incultura” e “iliteracia” globalmente elevada desta população.

No que respeita às forças de segurança, estas detêm o conhecimento, têm a formação de qualidade, a qual é bem vista no exterior e por essa razão, de forma regular, dão formação às forças de segurança de outros países. Estão fortemente implementados no terreno e estrategicamente implantados, têm capacidade de intervenção rápida com unidades especiais, contêm programas especiais que abrangem a protecção de várias franjas da população, desde as crianças aos idosos, o que ajuda e lhes confere grande proximidade e aceitação por parte da população. Em contraponto, têm carências ao nível dos equipamentos, inadequação de instalações, salários baixos que se traduzem em alguma desmotivação e dificuldade na gestão das

carreiras. Estes constrangimentos eventualmente dificultam o recrutamento, implicando carências de profissionais, agravado pelo facto de existirem recursos humanos em funções administrativas e judiciais. Estas questões poderiam ser mitigadas se a actividade sindical não se encontrasse actualmente descontrolada.

Seria benéfico para as forças de segurança e conseqüentemente para a actividade profissional, a reestruturação das carreiras, desenvolver novas tecnologias adaptadas ao serviço, melhorar a qualidade dos serviços em áreas de competência específicas, Sendo que, perante as dificuldades sentidas por estas forças, a optimização do serviço através de fusões com congéneres ou absorção de competências, objectivando a racionalização de meios, uma vez que é percebido como ameaça, a duplicação de competências. Constitui também ameaças à segurança, a redução progressiva dos orçamentos para as forças de segurança, o agravamento das condições de vida e das condições profissionais, condicionadas pela actual conjuntura. Consideram ainda ameaças, factores externos ao corpo profissional, como seja o aumento da criminalidade violenta e a alteração dos métodos utilizados pelos criminosos, o descontrolo da imigração ilegal e o crime transnacional. Ao que se acrescenta o aumento das situações de carência e precariedade social e aumento da taxa de desemprego, muito visível nas regiões mais envelhecidas do país, potenciando o sentimento de insegurança a nível global, eventualmente gerador de situações que aumentam a fragilidade destas populações.

Como conclusão deste capítulo diríamos que o cenário apresentado poderá ser potenciador de actos radicais e a população mais idosa de regiões com menor densidade populacional poderão ser as mais susceptíveis, mas a probabilidade de algo acontecer é muito reduzida. Não obstante a imprudência não pode imperar a quando do processo de tomada de decisão e todos estes factores, por exíguos que pareçam, deverão ser tomados em consideração.

Conclusão

Concluído o estudo a que nos propúnhamos resta-nos ir ao ponto de partida e ensaiar responder às questões orientadoras que compeliram a este estudo. Iniciamos com as respostas relativas ao segundo nível de questionamento e terminamos com a resposta à questão orientadora do estudo.

À primeira questão (*Qual a importância que as organizações internacionais dão às ameaças latentes de ataques terroristas utilizando agentes NRBO?*), podemos retorquir que as organizações internacionais, nomeadamente a ONU, a UE e a NATO, desde o 11 de Setembro e seguintes atentados e ameaças terroristas, têm vindo a dar importância crescente à matéria, têm ditado regras e normas de acção que os Estados-Membros das organizações têm vindo a colocar em prática. No essencial retiramos a necessidade das organizações e dos Estados agirem de forma concertada e de reforçarem a rede de informação, Relativamente à acção consideram que a vigilância é essencial e que devem ter como premissas de conduta "Prevenir", "Proteger", "Perseguir" e "Responder". Especificamente no que concerne a ameaças NRBO, consideram que os Estados devem estar alerta primordialmente para ataques de pequena dimensão, com o objectivo de chamada de atenção ao poder governativo. Para tal as populações mais fragilizadas com níveis de insatisfação altos serão as preferidas para recrutamento e as regiões com menores capacidades de vigilância poderão ser as afectadas, sendo que determinam que os Estados deverão avaliara as suas capacidades de vigilância e se for o caso reforça-las.

Relativamente à segunda questão (*Quais as medidas determinadas e iniciativas desenvolvidas pelas organizações com responsabilidade na matéria, relativas à saúde?*), têm vindo a determinar o reforço das capacidades no que concerne com a vigilância, a prevenção e a resposta, essencialmente relativamente às ameaças à saúde pública. Criaram redes de vigilância epidemiológica, regras de conduta que todos os Estados-Membros devem implementar a nível nacional, redes de informação e a obrigação dos Estados de informar as entidades competentes internacionais acerca de incidentes com implicações internacionais e outros somente com implicações nacionais mas que sejam considerados relevantes. Conceberam laboratórios e redes de investigação que mantêm a actividade científica de avaliação de novos agentes patogénicos, constroem cenários e avaliam os riscos. Sinteticamente lançaram um manancial de acções e entidades que cobrem todas as áreas pertinentes. Para além desta actividade detém condições de ajuda aos Estados no que concerne com a avaliação da periculosidade do incidente e com a resposta. Dão particular ênfase às medidas de protecção civil, uma vez que colocam a população no seu centro das atenções.

No que respeita à terceira questão (*Relativamente a Portugal quais as medidas tomadas pelo Estado e pelas organizações nacionais?*), percebemos que as medidas tomadas estão de acordo com as determinadas pelas organizações internacionais, designadamente pela OMS. Temos um plano e uma rede de alerta e resposta eficaz, com participação de todos os organismos relevantes, nomeadamente os serviços de saúde, para responder aos incidentes com utilização dos vários agentes NRBO, sendo que a coordenação e cooperação entre as entidades é visível no plano. Relativamente à vigilância epidemiológica temos laboratórios e outros serviços que desempenham as funções de investigação e vigilância, conforme as normas. Não obstante a nossa pesquisa foi infrutífera relativamente aos meios de vigilância de proximidade.

Desta forma passamos à quarta questão (*Tomando como ponto de partida que os serviços de saúde de proximidade são o meio privilegiado de vigilância sanitária no que respeita à saúde da população, qual o quadro nacional destes serviços?*) e percebemos que a rede nacional de serviços de saúde tem vindo a ser requalificado procurando atingir serviços com mais qualidade, no entanto devido à conjuntura económica, tem vindo a diminuir as suas unidades de saúde, principalmente as que se encontram em regiões com menor densidade populacional, ou seja ao nível da unidade territorial da freguesia os serviços têm vindo a encerrar, mantendo-se ao nível concelhio. Esta centralização dos serviços tem vindo a gerar a falta de protecção à saúde e a colocar em causa os objectivos e a missão o Sistema Nacional de Saúde, designadamente no que respeita ao direito á assistência e à equidade, colocando em causa as determinações relativas à vigilância territorial emanadas pelas organizações internacionais.

Esta questão levantou-nos uma outra, materializada na quinta questão (*Qual o cenário demográfico nacional?*), que com a investigação feita nos veio demonstrar que as regiões têm vindo a ficar sem os serviços de saúde de proximidade são essencialmente constituídas por população rural, idosa, com baixo nível de escolaridade, com consequente dificuldade de deslocação, desde logo porque terão baixos recursos económicos, com poucos jovens, colocando em causa a protecção familiar aos idosos e são regiões pouco povoadas.

A sexta questão orientadora relacionava-se com este cenário nacional (*Constituirão as regiões demograficamente mais envelhecidas e desprotegidas uma janela de oportunidade para materializar um ataque desta natureza?*) e optamos por a colocar a um painel de especialistas. Das suas respostas percebemos que Portugal não será um alvo preferencial para um ataque terrorista, no entanto embora tenhamos todo um conjunto de organizações, serviços e medidas que nos permitem manter o processo de alerta e resposta em níveis satisfatórios, não poderemos deixar de nos preocupar com o cenário nacional e consideramos que o encerramento dos serviços de saúde de proximidade em regiões rurais envelhecidas, é uma debilidade e poderá constituir uma ameaça.

Por fim podemos responder à questão orientadora deste estudo (*Considerando a existência de ameaças de ataques terroristas a nível global, nomeadamente utilizando agentes NRBO, 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?*) desta forma: Consideramos que estas regiões poderão ser uma janela de oportunidade para um ataque terrorista utilizando agentes NRBO, uma vez que os meios existentes de vigilância, nestas regiões, são ineficazes e a população tem características que facilitam a propagação, embora conclua, de acordo com a opinião do painel de especialistas, que Portugal não é um alvo apetecível para concretizar um ataque NRBO.

Não obstante ressalvamos que a quando do processo de tomada de decisão governativa, relativa a estas temáticas, deverá ter-se em atenção as características da população das regiões com menor densidade populacional, pois este parece-nos ser um ponto determinante. Esta população tem maioritariamente mais de sessenta e cinco anos, menor poder económico, vive em locais do país com acessos mais difíceis, tem graus de escolaridade baixos, consequentemente é a menos informada e mais influenciável, passaram a sentir-se isolados. Falamos de pessoas que vivem em locais que estão a sofrer da saída da população

jovem, que estão a entrar em processo de desertificação, o que vai aumentar a falta de apoio aos idosos com dificuldades em se deslocar e em se adaptar às mudanças que têm vindo a acontecer.

Concluimos citando a OMS: *“Es necesario establecer un marco mundial para una estrategia de promoción sanitaria que permita abordar algunos de los factores determinantes de la salud. La elaboración de ese marco es una tarea que incumbe a todos los ministerios de los países en todos los niveles, así como a las comunidades, el sector privado y la sociedad civil. Para afrontar este reto se recomienda adoptar medidas acordes con la Carta de Ottawa: establecer una política pública favorable a la salud, crear entornos propicios, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las aptitudes personales y reorientar los servicios de salud.”*¹³⁷

¹³⁷ Organização Mundial de Saúde, 2006, *Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015*. Un programa de acción sanitaria mundial. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_spa.pdf (Consultado em 06/01/2011)

Referências bibliográficas

- Altas Partes Contratantes, 1992, *Tratado da União Europeia*, Jornal Oficial nº C 191 de 29 de Julho de 1992. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/pt/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html> (Consultado em: 10/04/2011)
- 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.prociiv.pt/cnos/directivas/ANPC_DON-3_NRBQ.pdf (Consultado em: 10/12/2010)
- BESSA, João Manuel de Andrade Pinto, 2006, *As Nações Unidas e o Terrorismo*, Revista Militar, Disponível em: <http://www.revistamilitar.pt/modules/articles/article.php?id=159> (Consultado em 10/02/2011)
- Castro Henriques, Filipa, 2004. *Envelhecimento, Educação e Saúde. Uma Análise Prospectiva 2001-2021*. Tese de Mestrados em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de estatística e gestão de Informação – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. (Policopiado)
- Comissão das Comunidades Europeias, 2011, *Network for the surveillance and control of communicable diseases*. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11548b_en.htm (Consultado em: 02/04/2011)
- Comissão das Comunidades Europeias, 2009, *Early warning and response system for the prevention and control of communicable diseases*. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11548c_en.htm (Consultado em: 02/04/2011)
- 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 02/04/2011)
- 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, 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, *Intensificação da luta contra o terrorismo*, Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho, COM (2007) 649 final - Não publicada no Jornal Oficial, 6.11.2007. Bruxelas. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0649:FIN:PT:PDF> (Consultado em: 10/02/2011)
- 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)
- Comissão das Comunidades Europeias, 2005, *Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões sobre o reforço da coordenação na planificação da preparação genérica para as emergências de saúde pública ao nível da UE*. Bruxelas. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0605:FIN:PT:PDF> (Consultado em 20/02/2011)
- Comissão Europeia, 2011, *European Community Urgent Radiological Information Exchange (ECURIE)*. Disponível em: <http://rem.jrc.ec.europa.eu/RemWeb/activities/Ecurie.aspx> (Consultado em: 04/04/2011)

- Comissão Europeia, 2011, *Early Warning and Response System*. Disponível em: <https://ewrs.ecdc.europa.eu/Pages/Public/Default.aspx> (Consultado em: 02/04/2011)
- Comité Económico e Social Europeu, 2005, *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo» (2005/C 120/10)*, Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:120:0047:0053:PT:PDF> (Consultado em 02/02/2011)
- 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)
- Conselho da União Europeia, 2007, *Council Conclusions of 6 December 2007 on addressing Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Risks and on Bio-preparedness*. Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st16/st16589.en07.pdf> (Consultado em 10/04/2011)
- Conselho da União Europeia, 2007, *Green Paper on bio-preparedness*. Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st11/st11951.en07.pdf> (Consultado em 07/04/2011)
- Correia de Campos, António, 2008, *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Edições Almedina, SA. Coimbra.
- Diário da República, *Despacho n.º 7238/2010*, 2ª série, N.º 80 de 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)
- 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, *Decreto-Lei n.º 219/2007*, 1ª série, N.º 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, *Decreto-Lei n.º 134/2006*, 1ª série, n.º 142 de 25 de Julho de 2006, Ministério da Administração Interna. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/07/14200/52315237.pdf> (Consultado em: 12/12/2010)
- Diário da República, *Decreto-Lei n.º 212/2006*, 1ª série, N.º 208 de 27 de Outubro de 2006, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20800/75177525.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)
- Diário da República, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005*, 1ª série-B, N.º 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, *Lei n.º 56/79*, 1ª série, N.º 214 de 15 de Setembro de 1979, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1979/09/21400/23572363.pdf> (Consultado em: 10/05/2010)
- 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
- Global Health Security Initiative, *Introducing the Global Health Security Initiative*. Disponível em: <http://www.ghsi.ca/english/index.asp> (Consultado em: 06/04/2011)

Gonçalves, Cristina, Carrilho, Maria José, 2007, *Envelhecimento Crescente mas Espacialmente Desigual*. Revista de Estudos Demográficos, nº 40, Instituto Nacional de Estatística. Lisboa

Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 2002, *Versão Compilada do Tratado que Institui a Comunidade Europeia*. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/pt/treaties/dat/12002E/pdf/12002E_PT.pdf (Consultado em 10/04/2011)

Kinsella, Kevin, Phillips, David R., 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin Vol. 60, No. 1. Population Reference Bureau. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf> (Consultado em 18/12/2009)

MARTINS, Raúl François Carneiro, 2010, *Acerca de "Terrorismo" e de "Terrorismos"*, IDN Cadernos nº1, Instituto da Defesa nacional, Lisboa. Pág. 7

Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2010, *História do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosn.s.htm> (Consultado em: 10/05/2010)

MOITA, Luís, 2010, *As dimensões do processo de globalização*. CDN-2010/2011 / Conferências, Condicionantes, Factores e Actores do Sistema Internacional, Instituto de Defesa Nacional. Lisboa. Disponível em: http://idn-formacao.defesa.pt/idn/file.php/13/Ficha_de_apoio_para_distribuis_aos_auditores_Luis_Moita.pdf (Consultado em: 05/05/2011)

NATO, 2011, *Combined Joint Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Defence Task Force*. Disponível em: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_49156.htm (Consultado em 01/09/2011)

NATO, 2010, *Strategic Concept For the Defence and Security of The Members of the North Atlantic Treaty Organisation. Adopted by Heads of State and Government in Lisbon. Active Engagement, Modern Defence*. Disponível em: <http://www.nato.int/lisbon2010/strategic-concept-2010-eng.pdf> (Consultado em 05/01/2011)

NATO, 2010, *Lisbon Summit Declaration. Issued by the Heads of State and Government participating in the meeting of the North Atlantic Council in Lisbon*. Disponível em: http://www.nato.int/nato_static/assets/pdf/pdf_2010_11/2010_11_11DE1DB9B73C4F9BBFB52B2C94722EAC_PR_CP_2010_0155_ENG-Summit_LISBON.pdf (Consultado em: 05/01/2011)

NATO, 2009, *NATO's Comprehensive, Strategic-Level Policy for Preventing the Proliferation of Weapons of Mass Destruction (WMD) and Defending against Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) Threats*. Disponível em: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_57218.htm (Consultado em 06/01/2011)

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico, 2008-2009, *Glossary of Terms*. Disponível em: <http://www.biosecuritycodes.org/gloss.htm> (Consultado em: 08/08/2011)

Organização Mundial da Saúde, 2011, *Acerca de la OMS*. Disponível em: <http://www.who.int/about/es/> (Consultado em 06/01/2011)

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, 2011, *Epidemic intelligence - systematic event detection*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/epidemicintelligence/en/index.html> (Consultado em: 10/02/2011)

Organização Mundial de Saúde, 2011, *JW Lee Centre for Strategic Health Operations*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/alertresponse/shoc/en/index.html> (Consultado em: 04/03/2011)

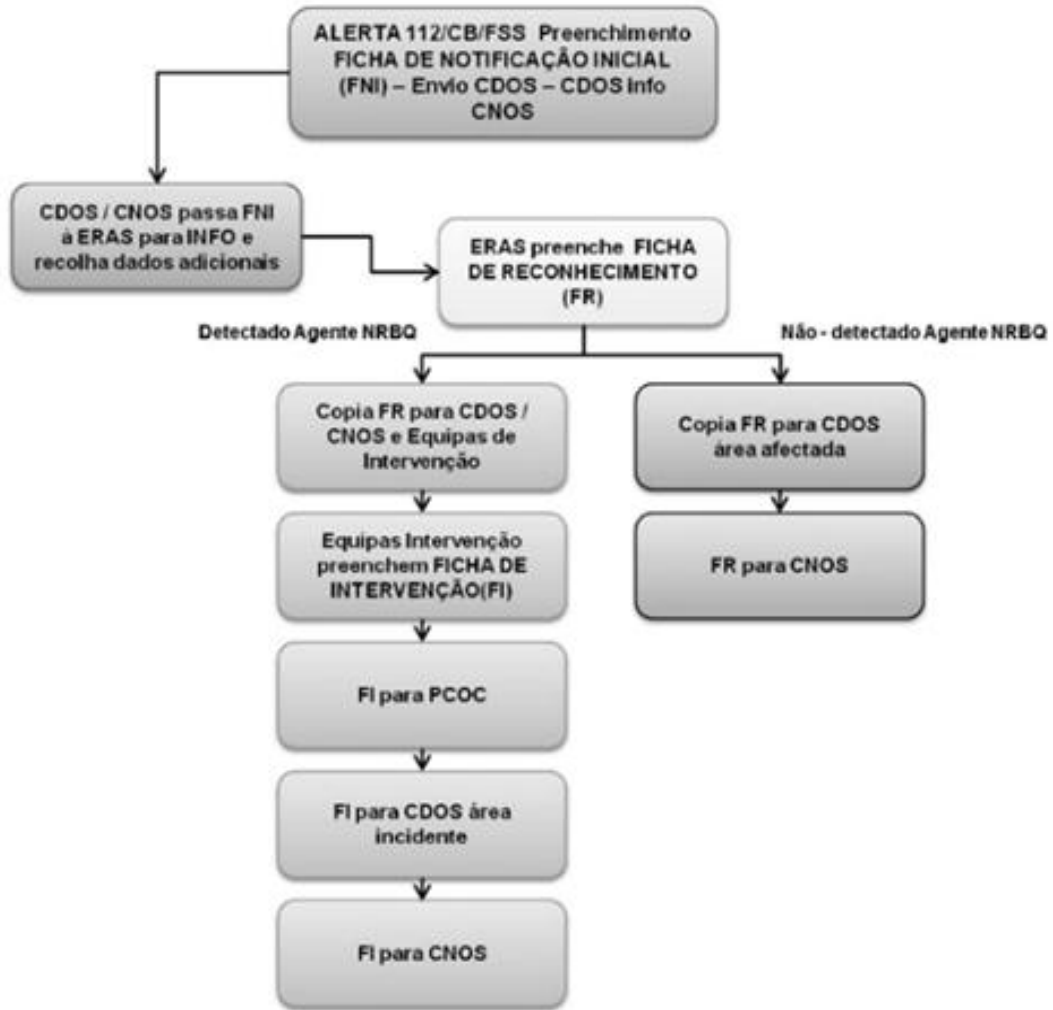
Organização Mundial de Saúde, 2011, *Global Outbreak Alert and Response Network*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/> (Consultado em: 04/03/2011)

Organização Mundial de Saúde, 2011, *Guiding Principles for International Outbreak Alert and Response*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/guidingprinciples/en/index.html> (Consultado em: 05/03/2011)

Organização Mundial de Saúde, 2011, *Biorisk Reduction*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/bioriskreduction/en/> (Consultado em: 05/03/2011)

- Organização Mundial de Saúde, 2011, *WHO Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/bioriskreduction/laboratorynetwork/en/index.html> (Consultado em: 05/03/2011)
- 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 Mundial de Saúde, 2006, *Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015. Un programa de acción sanitaria mundial*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_spa.pdf (Consultado em 06/01/2011)
- Organização Mundial de Saúde, 2006, *Biorisk management-Laboratory biosecurity guidance*. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2006_6.pdf (Consultado em: 08/08/2011)
- Organização das Nações Unidas, 2009, *Handbook on Criminal Justice Responses to Terrorism, Criminal Justice Handbook Series*, United Nations Office on Drugs and Crime, Nova York. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/terrorism/Handbook_on_Criminal_Justice_Responses_to_Terrorism_en.pdf (Consultado em: 11/02/2011)
- 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)
- Organização das Nações Unidas, 2006, *Estrategia global de las Naciones Unidas contra el terrorismo*, Assembleia Geral das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/60/288> (Consultado em: 04/02/2010)
- Parlamento Europeu, 1998, *Decisão nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de Setembro de 1998 que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade*, Jornal Oficial nº L 268 de 03/10/1998 p. 0001 – 0007. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31998D2119:PT:HTML> (Consultado em: 02/04/2011)
- Public Health Agency of Canada, 2004, *Global Public Health Intelligence Network*. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphin-rmispbk-eng.php (Consultado em 04/03/2011)
- 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 nº3, CEPESE e Ed. Afrontamento. Porto.
- S.B. Halstead, JA, Walsh, and K.S. Warren (eds), *Good Health at Low Cost*, Rockefeller Foundation. New York
- União Europeia, 2011, *European Centre for Disease Prevention and Control*. Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx> (Consultado em: 05/04/2011)
- União Europeia, 2007, *Estratégia de luta contra o terrorismo*, Europa. Sínteses da legislação da UE. Justiça, liberdade e segurança. Luta contra o terrorismo. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/fight_against_terrorism/133275_pt.htm (Consultado em 05/02/2011)
- União Europeia, 2005, *The European Union Counter-Terrorism Strategy*, Conselho da União Europeia de 30 de Novembro, Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/05/st14/st14469-re04.en05.pdf> (Consultado em 05/02/2011)
- World Economic Forum, 2011, *Global Risks 2011*, Genebra. Disponível em: <http://riskreport.weforum.org/> (Consultado em: 01/02/2011)

ANEXO I - Fluxograma simplificado dos procedimentos



Legenda:

- CB - Corpos de Bombeiros
- CDOS - Comando Distrital de Operações de Socorro
- CNOS - Comando Nacional de Operações de Socorro
- FSS - Forças e Serviços de Segurança
- ERAS - Equipa de Reconhecimento e Avaliação da Situação
- PCOC - Posto de Comando Operacional Conjunto

Fonte:

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)

ANEXO II

Tabelas

Tabela 1: Hospitais (N.º) por Localização Geográfica e Natureza Institucional; Anual

NUTS III	Período de referência dos dados							
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Minho-Lima	1	1	1	1	1	1	1	2
Cávado	2	2	2	2	2	2	2	2
Ave	2	2	2	4	4	4	4	4
Grande Porto	14	14	14	17	16	16	16	16
Tâmega	1	1	1	2	2	2	2	2
Entre Douro e Vouga	1	3	3	3	3	3	3	3
Douro	1	1	1	2	2	2	2	2
Alto Trás-os-Montes	1	1	1	2	4	4	4	4
Baixo Vouga	5	5	5	5	5	5	5	5
Baixo Mondego	10	11	13	12	13	15	12	14
Pinhal Litoral	2	2	2	2	2	2	2	2
Pinhal Interior Norte	0	0	0	0	0	0	0	0
Dão-Lafões	2	2	2	2	2	2	2	2
Pinhal Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra da Estrela	0	1	1	1	1	1	1	1
Beira Interior Norte	1	1	1	1	1	1	1	1
Beira Interior Sul	1	1	1	1	1	1	1	1
Cova da Beira	1	1	1	1	1	1	1	1
Oeste	2	4	4	4	4	4	4	4
Médio Tejo	2	2	2	2	2	2	2	4
Grande Lisboa	20	20	25	25	27	28	28	28
Península de Setúbal	4	4	4	4	5	5	5	5
Alentejo Litoral	1	1	1	1	1	1	1	1
Alto Alentejo	1	1	1	2	2	2	2	2
Alentejo Central	2	2	2	2	2	2	2	2
Baixo Alentejo	1	1	1	1	1	2	2	2
Lezíria do Tejo	1	1	1	1	1	1	1	1
Algarve	3	3	3	3	3	4	4	4
Região Autónoma dos Açores	3	3	3	3	3	3	3	3
Região Autónoma da Madeira	1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaboração própria com base em: Instituto Nacional de Estatística, 2011, *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&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em: 19/11/2011)

Tabela 2: Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e por Ano

PORTUGAL NUTS III	PERIODO DE REFERENCIA								
	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Minho-Lima	12	12	12	12	12	12	12	13	13
Cávado	6	6	6	6	6	6	6	9	9
Ave	10	10	10	10	10	10	10	11	11
Grande Porto	25	24	25	25	26	27	25	35	34
Tâmega	15	15	15	15	15	15	15	17	17
Entre Douro e Vouga	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Douro	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Alto Trás-os-Montes	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Baixo Vouga	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Baixo Mondego	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Pinhal Litoral	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Pinhal Interior Norte	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Dão-Lafões	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Pinhal Interior Sul	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Serra da Estrela	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Beira Interior Norte	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Beira Interior Sul	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Cova da Beira	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Oeste	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Médio Tejo	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Grande Lisboa	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Península de Setúbal	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Alentejo Litoral	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Alto Alentejo	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Alentejo Central	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Baixo Alentejo	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Lezíria do Tejo	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Algarve	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Região Autónoma dos Açores	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Região Autónoma da Madeira	13	13	14	14	14	14	14	13	12

Fonte: Elaboração própria com base em: 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&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em: 19/11/2011)

Tabela 3: Extensões dos Centros de Saúde (N.º) por Localização Geográfica e por Ano

Portugal - NUTS III	Período de Referência								
	2001	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Minho-Lima	3	2	20	21	25	25	27	26	34
Cávado	30	42	44	41	41	41	41	41	42
Ave	9	33	37	36	36	35	33	38	40
Grande Porto	11	55	95	92	84	77	77	66	60
Tâmega	34	37	63	63	65	65	65	65	65
Entre Douro e Vouga	14	33	40	43	42	43	43	42	42
Douro	39	56	61	60	61	57	61	67	62
Alto Trás-os-Montes	50	48	62	63	83	96	96	97	100
Baixo Vouga	41	89	92	91	90	90	90	86	86
Baixo Mondego	75	81	77	80	82	85	88	89	89
Pinhal Litoral	61	63	63	64	64	66	66	62	65
Pinhal Interior Norte	60	59	64	68	77	82	82	88	89
Dão-Lafões	36	41	46	48	48	48	48	48	48
Pinhal Interior Sul	39	32	32	34	37	37	36	36	39
Serra da Estrela	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Beira Interior Norte	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Beira Interior Sul	35	52	42	52	52	52	52	52	52
Cova da Beira	58	59	23	55	55	55	55	55	55
Oeste	32	0	71	73	74	78	77	77	76
Médio Tejo	25	0	94	96	96	95	97	98	98
Grande Lisboa	20	0	98	109	107	108	111	112	111
Península de Setúbal	10	0	50	60	60	60	60	65	62
Alentejo Litoral	41	36	43	43	44	44	44	44	43
Alto Alentejo	76	73	76	76	76	76	76	76	69
Alentejo Central	79	78	74	83	85	85	85	85	85
Baixo Alentejo	65	65	67	67	70	70	70	70	71
Lezíria do Tejo	0	0	59	70	73	72	72	72	72
Algarve	65	67	66	66	68	68	68	68	68
Região Autónoma dos Açores	100	100	101	102	103	105	105	105	102
Região Autónoma da Madeira	38	38	39	39	39	36	36	36	37

Fonte: Elaboração própria com base em: 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&contexto=bd&selTab=tab2 Consultado (19/11/2011)

Tabela 4: População Portuguesa/Jovens e Idosos/1991-2001/NUTS III

NUTS III	Período de Referência				
	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

Fonte: 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&selTab=tab2 Consultado (19/11/2011)

ANEXO III - Instrumento de avaliação aplicado na investigação.



Instituto de Defesa Nacional

Curso de Defesa Nacional 2010/2011

**“ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E SAÚDE.
DESAFIO PARA A SEGURANÇA SANITÁRIA EM
PORTUGAL”**

Exercício SWOT

Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

Exmo. Sr. _____

O meu nome é Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho, sou Assistente Convidada do Departamento de Estudos Políticos da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa e em representação da Universidade Nova de Lisboa estou a frequentar o Curso de Defesa Nacional do Instituto de Defesa Nacional.

No âmbito deste curso, e como requisito para concluir o mesmo, tenho que apresentar um Trabalho Final de Curso que se coadune com a temática do curso, que seja inovador e relevante no quadro de segurança e defesa nacional, bem como no quadro político e social.

Ponderando o meu percurso académico e profissional considereei pertinente desenvolver um trabalho designado “Envelhecimento Demográfico e Saúde. Desafio para a Segurança Sanitária em Portugal”, tendo como orientadora a Doutora Teresa F. Rodrigues (IPRI-NOVA), cujo resumo se apresenta de seguida.

Apresentação / Contextualização

A Segurança Sanitária, relacionada com a saúde do indivíduo e os serviços de saúde disponíveis nas regiões ou nos Estados da UE, é um tema pouco estudado. Não obstante, existem preceitos da UE em conformidade demonstrativos da relevância do tema ao nível nacional, europeu e mundial, dadas as relações de cooperação internacional mediadas pela ONU e pela OMS¹³⁸.

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; (4) o baixo nível de instrução da população idosa, o que condiciona a gestão do processo de saúde/doença; (5) o encerramento dos equipamentos de saúde de proximidade. 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, reportando-nos ao fenómeno da globalização e aos riscos inerentes como a eclosão de possíveis doenças contagiosas e a ameaça latente de bioterrorismo, deparamo-nos com a constatação empírica de que estas populações fragilizadas e com limitações no que concerne à proximidade de meios de prevenção, diagnóstico e tratamento, ou seja protecção à saúde, poderão ser a janela de oportunidade à propagação de doenças e à ofensiva biológica ou química. Neste contexto propomo-nos estudar o envelhecimento Demográfico e dos serviços de Saúde em Portugal ao nível das NUTS III, de forma a caracterizar e conhecer as realidades regionais, sendo que os serviços de saúde, para além de agentes de promoção, prevenção e prestação de cuidados, são as entidades privilegiadas em matéria de vigilância sanitária. Poderemos 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 segurança e defesa.

¹³⁸ Veja-se a título de exemplo o Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “*A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo*” (2005/C120/10)

Uma vez que a investigação por mim desenvolvida se encontra em fase de conclusão, encontro-me em posição para afirmar que a população com mais de 65 anos aumentou e tenderá a aumentar em todas as NUTS III, sobretudo os maiores de 80 anos, que virão a assumir um peso considerável. Quanto à evolução do quadro dos serviços de saúde, nas mesmas regiões e respectivas respostas às necessidades dessa população, a questão torna-se mais controversa. Se por um lado percebemos que os serviços de saúde têm vindo a encerrar, por motivos da crise vigente e por necessidade de actualização dos serviços tendo como horizonte a melhoria da qualidade dos serviços prestados, por outro lado percebemos que essas mudanças reduzem o acesso de alguns aos mesmos serviços. Com efeito sabemos que foi criada uma rede de cuidados continuados para responder às necessidades desta população idosa. Sucede porém que esta rede não vem colmatar a falha que a perda anteriormente mencionada causou. Embora as unidades de saúde familiar nos pareçam hoje mais eficazes, ao permitirem uma maior proximidade entre o profissional de saúde e o utente, elas surgem em serviços produto de junção e centralização e não respondem em termos adequados à população mais idosa. Um exemplo dessa falta de adequação está patente no encerramento dos serviços de apoio permanentes no período nocturno: a centralização das urgências colocou as populações idosas numa situação indutora de sentimentos de falta de protecção.

É consensual que o nível de instrução influencia o estado de saúde de cada indivíduo e a sua capacidade de gerir o processo de saúde e doença. Atendendo a que o grosso dos portugueses com mais de 65 anos possui níveis de instrução pouco elevados, esse facto potencia o risco de surgimento de patologias contagiosas e de ataque biológico e químico, que poderão induzir a doença e morte generalizada nas regiões afectadas ou eventualmente propagar-se a outras regiões, num contexto de fácil mobilidade interna. Admitimos que relativamente á ameaça biológica e química Portugal não será um Estado de grande risco. Não obstante, esse risco materializou-se com o documento e as acções desenvolvidas por Anders Breivik Behring, nomeadamente com contactos directos com Portugal e menções ao nosso país. Assim ***constituirão as regiões demograficamente mais envelhecidas e desprotegidas uma janela de oportunidade para materializar um ataque desta natureza?***

Considerando o papel de relevância que Vossa Exa assume no quadro nacional no que concerne as questões relacionadas com a Segurança e Defesa, e no que respeita ao processo de tomada de decisão ao mais alto nível, solicitamos-lhe que nos conceda algum tempo da sua agenda para que, utilizando os seus vastos conhecimentos e experiência, nos dê o seu contributo para a elaboração de uma matriz SWOT tendo como referência o cenário nacional que resumidamente lhe apresentei.

Neste sentido apresento-lhe a matriz SWOT que lhe proponho preencher, ressalvando o facto de lhe solicitar a sua identificação, caso não tenha nada a obstar, que estará exposta no trabalho final enquanto colaborador, mas não vinculando às respostas/pareceres, uma vez que somente apresentarei a matriz com o somatório das respostas de todos os especialistas inquiridos.

Para mais informo que o painel de especialistas é composto por: Ministro Defesa – Dr. José Pedro Aguiar-Branco; Ministro da Administração Interna – Dr. Miguel Macedo; Ministro da Saúde – Dr. Paulo Macedo; Chefe do Estado Maior das Forças Armadas – General Luís Evangelista Esteves de Araújo; Director

Nacional da Policia de Segurança Publica – Superintendente-chefe Guilherme Guedes da Silva; Comandante-Geral da Guarda Nacional Republicana – Tenente-General Luís Manuel dos Santos Newton Parreira; Presidente da Autoridade Nacional de Protecção Civil – Major-General Arnaldo José Ribeiro da Cruz; Director-Geral da Saúde – Dr. Francisco George; Director do Instituto de Defesa Nacional – Major-General Vítor Daniel Rodrigues Viana; Professor Doutor Adriano Moreira; General Loureiro dos Santos; Vice-Almirante Alexandre Reis Rodrigues.

Agradeço-lhe antecipadamente o tempo dispensado e a sua disponibilidade.

Atenciosamente

Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

NOME	
INSTITUIÇÃO	
DATA	

POTENCIALIDADES / PONTOS FORTES	DEBILIDADES / PONTOS FRACOS
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

OBSERVAÇÕES

OBRIGADO.