

Metodologia previsional para o nível nacional

ANTÓNIO MANUEL BARATA TAVARES

1. Introdução

A fixação dos objectivos a atingir num determinado horizonte temporal, pela implementação de um plano, constitui uma das etapas do processo de planeamento em saúde, surgindo imediatamente após a selecção dos problemas prioritários e da definição de indicadores de avaliação.

A projecção das tendências dos problemas seleccionados permite-nos observar qual a evolução natural dos respectivos indicadores. Uma das tarefas dos serviços de saúde é intervir nessa evolução, não só definindo quais os ritmos de mudança a imprimir ao sistema, mas também monitorizando constantemente as estratégias adoptadas.

Os estudos de metodologia das projecções em saúde na Europa foram inicialmente recomendados em 1971 por um grupo de consultores da OMS. Tais estudos têm surgido recorrendo-se não só de métodos matemáticos como também de métodos não quantitativos, assentes no conceito de que os peritos constituem um elemento imprescindível da atitude previsional.

Fixar objectivos permite saber para aonde vamos, redefinindo constantemente os tipos de actuação a ter sobre os indicadores de forma a que os resulta-

dos dos planos implementados sejam fruto das estratégias adoptadas.

O plano a médio prazo 1989-1991 da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários / Divisão de Planeamento e Avaliação (DGCSP/DPA), na elaboração da etapa de fixação de objectivos, teve em atenção não só os valores verificados a nível internacional, como também as tendências evolutivas dos indicadores seleccionados e a opinião dos profissionais de saúde em exercício nos serviços.

Esta metodologia insere-se no âmbito da meta número 32 da estratégia SPT/2000 que recomenda deverem os estados membros, antes de 1990, formularem estratégias de investigação em saúde, nomeadamente entre outras, pela melhoria dos processos de elaboração do planeamento e da gestão.

Teve-se assim como objectivo geral deste estudo, aplicar uma metodologia previsional às projecções de tendências em saúde, como contributo para o plano a médio prazo da DGCSP/DPA.

Como objectivos específicos, pretendeu-se aplicar os métodos de extrapolação de tendências aos indicadores seleccionados; implementar um painel Delphi para obtenção de um consenso sobre os objectivos a atingir pela implementação do plano; estudar as vantagens e desvantagens dos métodos utilizados.

2. Metodologia

O trabalho desenrolou-se em quatro fases sucessivas.

a) Seleccionaram-se os indicadores a estudar, tendo-se para tal consultado os documentos, envia-

□
António Manuel Barata Tavares é médico de saúde pública

dos pelas dezoito Administrações Regionais de Saúde (ARS) à DPA, onde constava a definição dos principais problemas de saúde ao nível regional.

Consultou-se também o programa do actual governo, onde estão referidos os problemas de saúde considerados como prioritários para intervenção ao nível nacional.

Recorreu-se ainda à consulta informal de alguns peritos em saúde, cuja experiência e conhecimento contribuíram para a selecção dos indicadores a estudar.

b) Procedeu-se seguidamente à colheita dos dados relativos aos vinte e três indicadores seleccionados, utilizando séries temporais o mais extensas possíveis.

Elaboraram-se então as respectivas projecções tendo como base as seguintes curvas de ajustamento e suas respectivas equações:

$$\begin{aligned} Y &= a_0 + a_1 X && \text{(linear)} \\ Y &= ae^{bx} && \text{(curva exponencial)} \\ Y &= aX^b && \text{(curva geométrica)} \\ Y &= a_0 + a_1 X + a_2 X^2 && \text{(parábola)} \end{aligned}$$

Para a decisão sobre qual das curvas se deveria adoptar obtiveram-se diagramas de dispersão das variáveis. A sua observação permitiu escolher a curva que melhor parecia ajustar-se aos dados. Utilizou-se o coeficiente de determinação "R" para uma melhor avaliação do ajustamento da curva.

A pesquisa das séries numéricas fez-se utilizando os serviços da ENSP, INE, DGCSP, publicações da OMS e mediante o uso das CID-7, 8 e 9.

Para a determinação dos efectivos populacionais para os anos intercensitários, recorreu-se às estimativas da DGCSP e INE, tendo-se, para os anos não disponíveis, elaborado uma estimativa da pirâmide etária, utilizando o método aritmético, com excepção dos anos de 1979, 1984, 1985 e 1986, para cuja determinação de grupos etários se aplicaram as proporções encontradas nos efectivos da pirâmide etária de 1981.

c) Procedeu-se a uma reunião das nove ARS do País envolvidas na elaboração do plano a médio prazo 1989-1991, onde foi feita uma primeira análise das curvas efectuadas e publicadas, tendo este grupo definido de forma consensual um primeiro conjunto de valores considerados desejáveis e possíveis de serem atingidos em 1992 — data definida como horizonte do plano.

d) Os valores a atingir nesse horizonte temporal foram definidos pelo recurso a uma técnica de grupo, o "painel Delphi".

A técnica de Delphi visa conhecer e agregar opiniões de certas pessoas com formação e experiência num domínio específico, os peritos, obtendo consensos ou identificando divergências.

O anonimato, eliminando o efeito de personalida-

des dominantes, constitui a grande vantagem do método. Ele é, no entanto, moroso.

A retroacção da informação obtida em cada volta permite aos respondentes a revisão das suas opiniões.

O valor do método não depende só da qualidade dos participantes, cuja selecção é crítica, mas também dos materiais de que dispõem.

Como base de informação, enviaram-se as curvas respeitantes às tendências e projecções elaboradas para cada um dos indicadores em estudo (e respectivos coeficientes "R"), os valores que um primeiro painel de peritos (referido no ponto anterior) indicou como objectivos desejáveis e possíveis de serem atingidos em 1992, as metas definidas pela OMS no âmbito da estratégia SPT/2000 e ainda as taxas observadas em dois países europeus em 1985 (Suécia e França).

Foi pedida a indicação dos valores desejáveis e possíveis de serem atingidos por cada um dos indicadores no ano 1992.

A segunda volta do Delphi incluiu, como informação adicional, o resultado do tratamento estatístico das respostas recebidas na primeira volta, nomeadamente as médias dos valores apresentados pelos peritos e os respectivos desvios padrão.

3. Resultados

São apresentados sucessivamente os resultados obtidos em cada uma das quatro fases do decurso do trabalho.

a) Selecção de indicadores

Os indicadores seleccionados foram os seguintes:

1. Taxa de mortalidade infantil
2. Taxa de mortalidade perinatal
3. Taxa de mortalidade fetal tardia
4. Taxa de mortalidade neonatal
5. Taxa de mortalidade neonatal precoce
6. Taxa de mortalidade pos-neonatal
7. Taxa de mortalidade específica por tuberculose (CID-9: 020-025; 029)
8. Taxa de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares (CID-9: 29)
9. Taxa de mortalidade específica por doenças hipertensivas (CID-9: 26)
10. Taxa de mortalidade específica por infarte agudo do miocárdio (CID-9: 270)
11. Taxa de mortalidade específica por diabetes (CID-9: 181)
12. Taxa de mortalidade específica por senilidade (CID-9: 465)
13. Taxa de mortalidade específica por sinais, sintomas e outras afecções mal definidas (CID-9: 460-464; 466, 467 e 469)
14. Taxa de mortalidade específica por todos os tumores malignos (CID-9: 08-14)

15. Taxa de mortalidade específica por cancro da traqueia, brônquios e pulmões (CID-9: 101)

16. Taxa de mortalidade específica por cancro da mama feminina (CID-9: 113)

17. Taxa de mortalidade específica por cancro do colo do útero (CID-9: 120)

18. Taxa de mortalidade específica por cancro do esófago (CID-9: 090)

19. Taxa de mortalidade específica por cancro da laringe (CID-9: 100)

20. Taxa de mortalidade específica por cancro do estômago (CID-9: 091)

21. Taxa de mortalidade específica por suicídios e lesões auto-infligidas (CID-9: E54)

22. Taxa de mortalidade específica por cirrose hepática e outras doenças crónicas do fígado (CID-9: 347)

23. Taxa de mortalidade específica por acidentes por veículo a motor (CID-9: E471)

Relativamente às sete taxas de mortalidade específicas por tumores malignos apresentadas, é de referir que nem todas constavam dos documentos enviados pelas ARS à DPA. No entanto, devido ao facto dos tumores malignos constituírem um indicador referido por quase todas as ARS e ainda porque está em curso, ao nível nacional, um programa oncológico, decidiu-se fazer o estudo desdobrando o indicador geral.

As taxas de mortalidade específica por senilidade e sinais, sintomas e outras afecções mal definidas foram também estudadas, já que permitem fornecer elementos sobre a forma como estão a ser preenchidos os certificados de óbito no País.

b) Projecção de tendências

Os gráficos elaborados, as tendências obtidas, os valores encontrados nas projecções efectuadas e os respectivos coeficientes "R" apresentam-se nas Figuras 1 a 23; apresentam-se ainda mais três curvas, resultantes de uma análise de dados, posterior à realização do painel Delphi, e referentes à taxa de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares (global e em menos de 65 anos), (Figuras 24 e 25), e ainda à taxa de mortalidade específica por acidentes por veículos a motor, (Figura 26).

c) Primeiro painel

Foi pedido aos participantes, na reunião atás referida (Abril de 1988), que indicassem, com base na sua experiência, os valores desejáveis e possíveis de serem atingidos em 1992, em Portugal, pelos indicadores em estudo.

Os valores foram obtidos por consenso, tendo sido utilizados como material de informação para o painel Delphi.

d) Painel Delphi

Tendo decorrido em duas voltas, os peritos (*Quadro 1*) apresentam os valores a serem atingidos em Portugal, em 1992, pelos indicadores cujas curvas se apresentaram.

Não diferindo substancialmente dos valores encontrados pela aplicação das equações para ajustamento de curvas, os resultados não foram, no entanto, sobreponíveis àqueles.

Na primeira volta receberam-se 73 % de respostas; este valor aumentou na segunda volta, tendo-se recebido 26 respostas dos 30 potenciais respondentes.

Os desvios padrão encontrados na segunda volta são inferiores aos da primeira, o que exprime bem o consenso obtido.

O tratamento estatístico dos resultados na última volta encontram-se inscritos nos próprios gráficos apresentados.

4. Discussão

A metodologia seguida neste trabalho parece-nos extremamente útil para o planeamento ao nível estratégico.

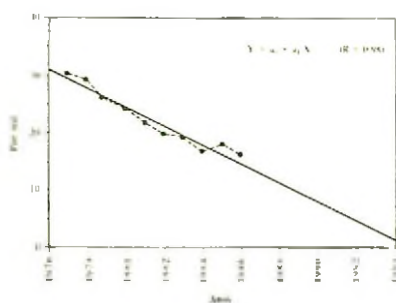
A fixação de objectivos para os planos a médio prazo passa a dispôr, com a implementação deste tipo de abordagem, da experiência e do conhecimento que os peritos consultados têm dos níveis regionais e nacional.

Ao longo da realização do trabalho, nem sempre os dados que se pretenderam estavam disponíveis, pelo que as séries temporais variaram com os indicadores em estudo. Mas, se por um lado, as curvas obtidas para as taxas de mortalidade fetal tardia, pós-neonatal e perinatal, utilizaram somente cinco valores, o que parece insuficiente, por outro, as taxas de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares, utilizando onze anos consecutivos, forneceu uma curva que parece estar desajustada da realidade actual. Com efeito, a tendência crescente desta curva (*Figura 8*) inverte-se ao considerarmos uma série temporal cujos valores não vão atrás de 1980 (*Figura 24*). Este indicador foi ainda analisado para menores de 65 anos (*Figura 25*), já que é nesta faixa etária que as acções desenvolvidas pelos serviços de saúde poderão ter uma acção mais preponderante, sob o ponto de vista da eficácia e da eficiência.

Relativamente à taxa de mortalidade por doenças hipertensivas (*Figura 9*), não parece ser a parábola a curva que melhor se ajusta à futura evolução deste indicador. No entanto, é aquela cujo coeficiente "R" é o mais elevado. O painel Delphi apontou um valor para 1992 que não se coaduna com a curva apresentada.

Relativamente à taxa de mortalidade pós-neonatal, e posteriormente à realização do Delphi, elaborou-se

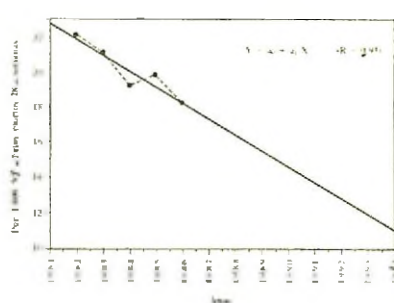
Figura 1
Portugal,
Mortalidade infantil



1977	30.28
1978	29.12
1979	26.02
1980	24.33
1981	21.81
1982	19.81
1983	19.31
1984	16.73
1985	17.83
1986	15.91

Projeção da tendência para 1992: 4.9
Resultado do painel Delphi: 9.70 (s: 1.36)

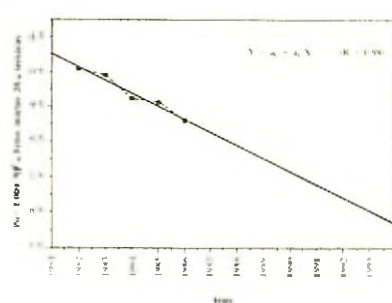
Figura 2
Portugal,
Mortalidade perinatal



1982	22.08
1983	21.06
1984	19.18
1985	19.77
1986	18.24

Projeção da tendência para 1992: 12.98
Resultado do painel Delphi: 13.35 (s: 1.24)

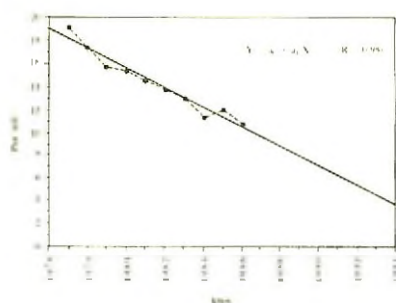
Figura 3
Portugal,
Mortalidade fetal tardia



1982	10.62
1983	10.41
1984	9.74
1985	9.64
1986	9.14

Projeção da tendência para 1992: 7.1
Resultado do painel Delphi: 7.03 (s: 0.66)

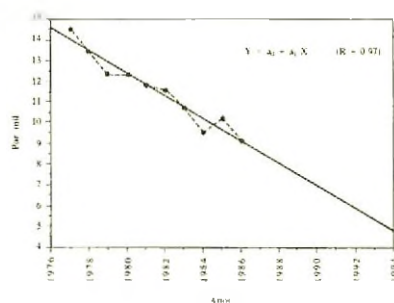
Figura 4
Portugal,
Mortalidade neonatal



1977	19.11
1978	17.4
1979	15.74
1980	15.45
1981	14.49
1982	13.76
1983	12.97
1984	11.32
1985	12.15
1986	10.8

Projeção da tendência para 1992: 5.3
Resultado do painel Delphi: 6.82 (s: 1.09)

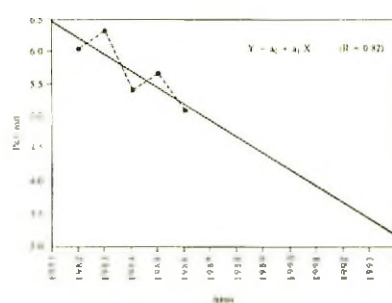
Figura 5
Portugal,
Mortalidade neonatal precoce



1977	14.53
1978	13.46
1979	12.41
1980	12.30
1981	11.83
1982	11.58
1983	10.77
1984	9.54
1985	10.23
1986	9.18

Projeção da tendência para 1992: 5.92
Resultado do painel Delphi: 6.39 (s: 0.92)

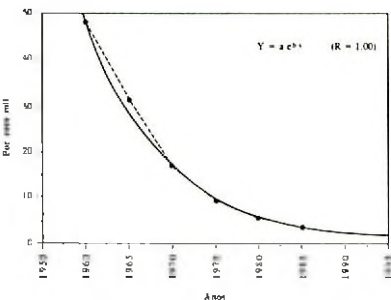
Figura 6
Portugal,
Mortalidade pós-neonatal



1982	6.05
1983	6.33
1984	5.41
1985	
1986	5.11

Projeção da tendência para 1992: 3.73
Resultado do painel Delphi: 3.47 (s: 0.45)

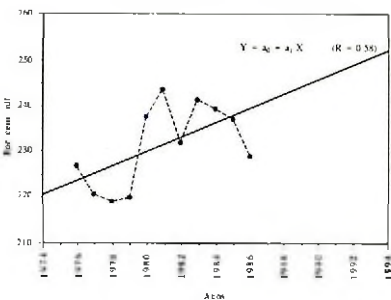
Figura 7
Portugal, taxas de mortalidade
Tuberculose



1960	48.08
1965	31.47
1970	16.89
1975	9.63
1980	5.93
1985	3.71

Projecção da tendência para 1992: 1.68
 Resultado do painel Delphi: 1,88 (s: 0,34)

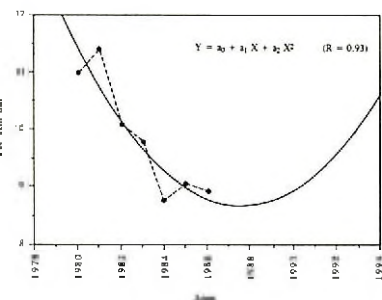
Figura 8
Portugal, taxas de mortalidade
Doenças cerebrovasculares



1976	227.0
1977	220.9
1978	219.3
1979	220.0
1980	237.4
1981	243.4
1982	231.5
1983	241.2
1984	239.1
1985	237.0
1986	228.7

Projecção da tendência para 1992: 248.8
 Resultado do painel Delphi: 222.43 (s: 16.42)

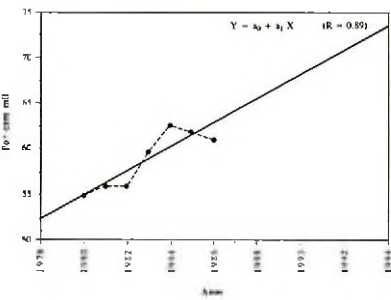
Figura 9
Portugal, taxas de mortalidade
Doenças hipertensivas



1980	11.0
1981	11.4
1982	10.1
1983	9.8
1984	8.8
1985	9.1
1986	8.95

Projecção da tendência para 1992: 9.5
 Resultado do painel Delphi: 9,02 (s: 0,70)

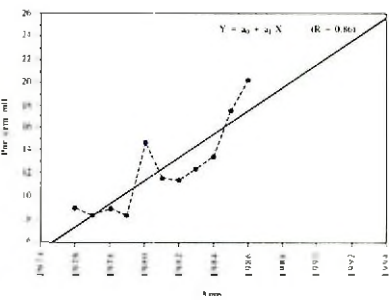
Figura 10
Portugal, taxas de mortalidade
Infarte agudo do miocárdio



1980	54.9
1981	55.9
1982	55.9
1983	59.5
1984	62.5
1985	61.6
1986	60.9

Projecção da tendência para 1992: 72.2
 Resultado do painel Delphi: 66,58 (s: 4,47)

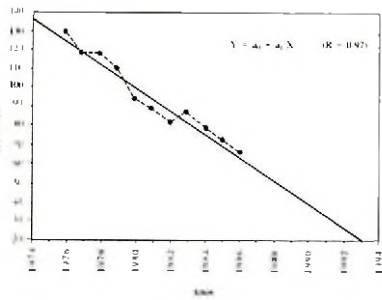
Figura 11
Portugal, taxas de mortalidade
Diabetes mellitus



1976	9
1977	8.4
1978	9
1979	8.4
1980	14.7
1981	11.6
1982	11.5
1983	12.4
1984	13.5
1985	17.6
1986	20.3

Projecção da tendência para 1992: 23.4
 Resultado do painel Delphi: 21,89 (s: 1,38)

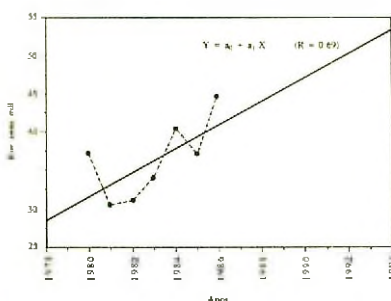
Figura 12
Portugal, taxas de mortalidade
Senilidade



1976	129.8
1977	117.7
1978	118.0
1979	109.8
1980	93.3
1981	87.9
1982	81.5
1983	86.6
1984	78.2
1985	72.4
1986	65.8

Projecção da tendência para 1992: 27.1
 Resultado do painel Delphi: 27,82 (s: 4,47)

Figura 13
Portugal, taxas de mortalidade
Sinais, sint. e outras af. mal.
definidas

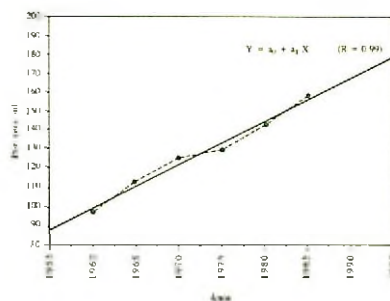


1980	37.0
1981	30.6
1982	31.0
1983	34.0
1984	40.1
1985	36.9
1986	44.5

Projeção da tendência para 1992: 51.2

Resultado do painel Delphi: 42.47 (s: 6,24)

Figura 14
Portugal, taxas de mortalidade
Todos os tumores malignos

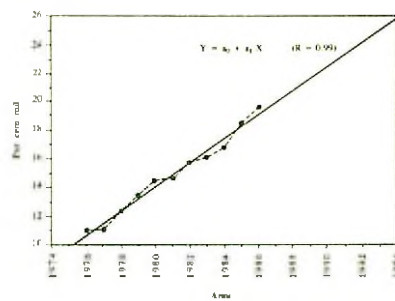


1960	97.86
1965	112.69
1970	125.36
1975	129.60
1980	144.25
1985	158.32

Projeção da tendência para 1992: 180.08

Resultado do painel Delphi: 174.59 (s: 17.47)

Figura 15
Portugal, taxas de mortalidade
Cancro traqueia, brônquios,
pulmão

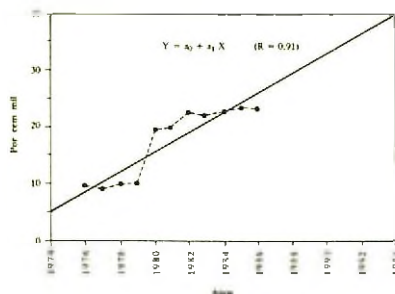


1976	11.0
1977	11.1
1978	12.4
1979	13.4
1980	14.5
1981	14.6
1982	15.7
1983	16.1
1984	16.8
1985	18.4
1986	19.6

Projeção da tendência para 1992: 24.1

Resultado do painel Delphi: 23.02 (s: 1,4)

Figura 16
Portugal, taxas de mortalidade
Cancro da mama

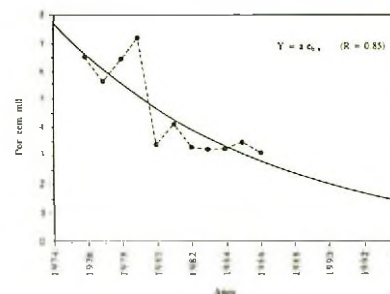


1976	9.7
1977	9.1
1978	9.9
1979	10.1
1980	19.6
1981	19.9
1982	22.3
1983	22.1
1984	22.7
1985	23.5
1986	23.3

Projeção da tendência para 1992: 37.2

Resultado do painel Delphi: 29.92 (s: 3.54)

Figura 17
Portugal, taxas de mortalidade
Cancro do colo do útero

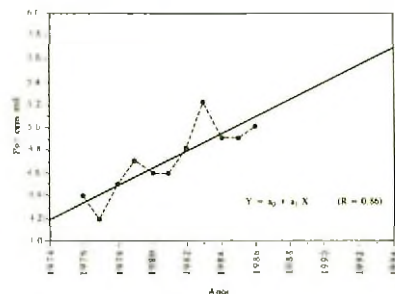


1976	6.5
1977	5.6
1978	6.4
1979	7.1
1980	3.4
1981	4.1
1982	3.3
1983	3.2
1984	3.2
1985	3.4
1986	3.1

Projeção da tendência para 1992: 1.8

Resultado do painel Delphi: 2.30 (s: 0,68)

Figura 18
Portugal, taxas de mortalidade
Cancro do esófago

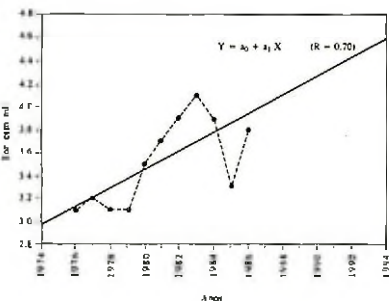


1976	4.4
1977	4.2
1978	4.5
1979	4.7
1980	4.6
1981	4.6
1982	4.8
1983	5.2
1984	4.9
1985	4.9
1986	5.0

Projeção da tendência para 1992: 5.5

Resultado do painel Delphi: 5.27 (s: 0,29)

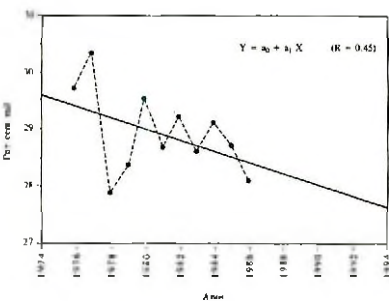
Figura 19
Portugal, taxas de mortalidade
Cancro da laringe



1976	3.1
1977	3.2
1978	3.1
1979	3.1
1980	3.5
1981	3.7
1982	3.9
1983	4.1
1984	3.9
1985	3.3
1986	3.8

Projecção da tendência para 1992: 4.4
Resultado do painel Delphi: 4,07 (s: 0,37)

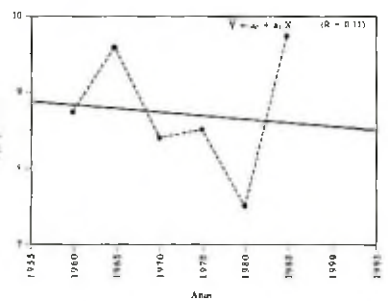
Figura 20
Portugal, taxas de mortalidade
Cancro do estômago



1976	29.7
1977	30.3
1978	27.9
1979	28.4
1980	29.5
1981	28.7
1982	29.2
1983	28.6
1984	29.1
1985	28.7
1986	28.1

Projecção da tendência para 1992: 27.9
Resultado do painel Delphi: 27,41 (s: 1,39)

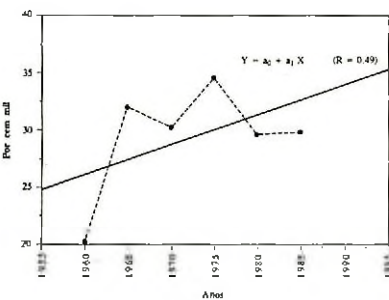
Figura 21
Portugal, taxas de mortalidade
Suicídios



1960	8.71
1965	9.56
1970	8.39
1975	8.49
1980	7.49
1985	9.68

Projecção da tendência para 1992: 8.49
Resultado do painel Delphi: 8,85 (s: 1,07)

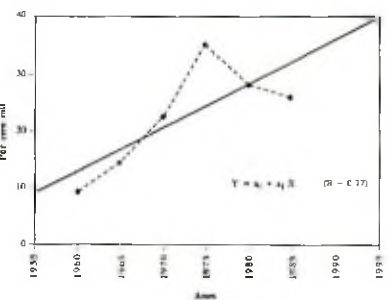
Figura 22
Portugal, taxas de mortalidade
Cirrose hepática e outras d. crón.
do fígado



1960	20.08
1965	31.95
1970	30.10
1975	34.49
1980	29.47
1985	29.63

Projecção da tendência para 1992: 35.09
Resultado do painel Delphi: 31,75 (s: 2,42)

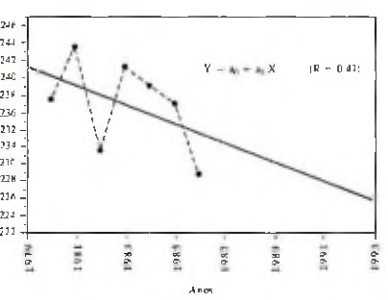
Figura 23
Portugal, taxas de mortalidade
Acidentes por veículos a motor



1960	9.26
1965	14.44
1970	22.14
1975	34.91
1980	27.87
1985	25.58

Projecção da tendência para 1992: 39.82
Resultado do painel Delphi: 32,77 (s: 4,63)

Figura 24
Portugal, taxas de mortalidade
Doenças cerebrovasculares

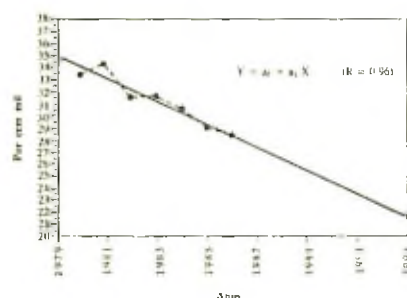


1980	237.4
1981	243.4
1982	231.5
1983	241.2
1984	239.1
1985	237.0
1986	228.65

Projecção da tendência para 1992: 226.82

Figura 25

Portugal, taxas de mortalidade
Doenças cerebrovasculares (< 65 anos)

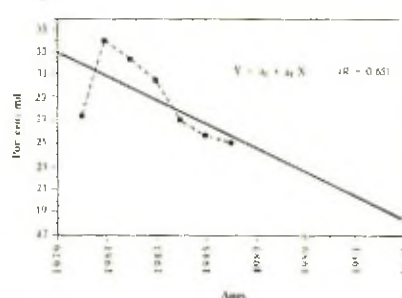


1980	33.45
1981	34.28
1982	31.56
1983	31.53
1984	30.55
1985	29.03
1986	28.33

Projeção da tendência para 1992: 22.61

Figura 26

Portugal, taxas de mortalidade
Acidentes por veículos a motor



1980	27.4
1981	34.0
1982	32.4
1983	30.5
1984	27.0
1985	25.6
1986	25.1

Projeção da tendência para 1992: 19.53

ainda a tendência e a projecção do indicador, tendo em conta as taxas observadas desde 1977. Tal análise, extremamente útil para efeitos comparativos com as taxas de mortalidade infantil e neonatal, não parece corresponder, no entanto, à provável evolução deste indicador. Com efeito, a aplicação da recta de mínimos quadrados à série temporal apresenta o valor 0.000 na projecção para 1992; tal sugere que se deveria aplicar uma outra curva de ajustamento.

A taxa de mortalidade por senilidade (Figura 12), tendo uma tendência decrescente revela a existência de um registo progressivamente diferente dos certificados de óbito. Poderá ser admissível que esta diminuição corresponda ao aumento da taxa de mortalidade por sinais, sintomas e outras afecções mal definidas (SSOAMD) (Figura 13), em cujas taxas apresentadas não estão incluídos os registos de morte por senilidade. Fez-se o estudo desta possível correspondência, desagregando em dois grupos etários (< 65 anos e 65 + anos) a taxa de mortalidade por SSOAMD e observando as suas tendências e respectivas projecções. O acentuado aumento que se tem verificado e que se prevê na taxa relativamente ao grupo etário acima dos 65 anos permite tornar bastante admissível tal hipótese.

A taxa de mortalidade por cancro da mama (Figura 16) apresenta uma tendência crescente bastante acentuada. No entanto, se aplicarmos a mesma equação da curva de ajustamento somente às taxas

observadas a partir de 1980, verifica-se que a projecção da tendência não apresenta um crescimento tão acentuado (em 1992: 27.94 — pela aplicação da recta de mínimos quadrados), já que não se entra em linha de conta com a subida brusca verificada entre 1979 e 1980.

No que respeita à taxa de mortalidade por suicídios (Figura 21), cuja curva apresenta um valor de "R" bastante baixo, fica-nos a dúvida sobre qual a curva que teria uma melhor aplicação. Não parece ser a recta (curva de 1.º grau) a melhor curva de ajustamento. A análise de uma série temporal que utilizasse somente os valores observados a partir de 1980 poderia clarificar melhor a tendência deste indicador.

Em relação à taxa de mortalidade por acidentes por veículos a motor (Figura 23) a curva obtida, embora representativa da série temporal estudada, não parece ajustar-se às taxas verificadas nos últimos anos. Daí que se tenha elaborado um novo gráfico (Figura 26), cuja curva revela a existência de uma tendência decrescente, respeitante à década de 80.

Relativamente ao painel Delphi realizado, cujos resultados finais se encontram inscritos nas figuras apresentadas, há que realçar alguns aspectos importantes.

Houve um alto nível de consenso entre os participantes, que aumentou da primeira para a segunda volta.

A utilização da via postal para a realização do Delphi tornou possível a manutenção permanente da situação de anonimato, não tendo sido tão demorado quanto era previsível.

O fornecimento da máxima informação possível aos peritos revela-se de extrema importância. A aplicação dos modelos matemáticos às séries temporais, tendo fornecido uma perspectiva evidente das tendências registadas pelos indicadores em estudo, poderá ter conduzido a uma clara definição de objectivos por parte dos peritos. Tal poderá não se ter verificado relativamente a dois indicadores, cujas curvas fornecidas poderão ter conduzido à introdução de vieses: referimo-nos às taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares e por acidentes por veículos a motor. Na realidade, um novo traçado de curvas, apresentados nas (*Figuras 24 e 26*) revela a existência de tendências diferentes daquelas fornecidas aos peritos. É de realçar, no entanto, que os resultados obtidos no painel se aproximam mais das curvas desenhadas posteriormente do que daquelas previamente apresentadas.

Tal revela a importância do conhecimento e da experiência que os peritos nesta área específica da saúde podem emprestar à fixação dos objectivos, complementando assim, de forma mais acurada, as projecções de tendências que se possam realizar.

Parece-nos, portanto, que a junção dos dois métodos se revela de grande valor para a elaboração desta etapa do planeamento em saúde.

5. Conclusões

Vinte das trinta e oito metas definidas na estratégia SPT/2000 para a Região Europeia têm como horizonte temporal o ano de 1990.

Assim o plano a médio prazo elaborado pela DGCSP/DPA com as ARS teve de entrar em consideração com esse facto.

Dispondo dos valores que este Delphi, de características institucionais forneceu, puderam ser fixados os objectivos a atingir tendo como base de trabalho a informação proveniente das realidades regionais e o conhecimento da evolução de alguns indicadores ao nível nacional em áreas específicas.

As estratégias elaboradas num plano deverão ter em conta que o "input" de acções sobre um indicador se repercute necessariamente nos outros. A informação proveniente deste tipo de estudos pode integrar-se nos critérios subjacentes à selecção de estratégias.

A metodologia aqui utilizada para a fixação de objectivos, tendo-se revelado de grande utilidade, poderá ser implementada nos processos de planeamento quer ao nível regional, quer, com as necessárias adaptações, ao nível local.

A junção de técnicas matemáticas a métodos não quantitativos parece-nos constituir, de facto, uma

ANEXO 1

Constituintes efectivos do painel Delphy

18 Presidentes das 18 ARS

Director-Geral do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde

Director da Escola Nacional de Saúde Pública

Dr. Mário Silveira (Director do CS de Malra)

Dr. Pedro Serrano (Coordenação do ISCP-Zona Sul)

Dr.^a Maria da Purificação Araújo (DGCSP)

- Taxa de mort. infantil
- Taxa de mort. perinatal
- Taxa de mort. fetal tardia
- Taxa de mort. neonatal
- Taxa de mort. neonatal precoce
- Taxa de mort. pós-neonatal
- Taxa de mort. esp. por cancro do colo do útero
- Taxa de mort. esp. por cancro da mama

Dr.^a Celsa Carvalho (DGCSP)

- Taxa de mort. infantil
- Taxa de mort. perinatal
- Taxa de mort. fetal tardia
- Taxa de mort. neonatal
- Taxa de mort. neonatal precoce
- Taxa de mort. pós-neonatal

Director dos Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias

- Taxa de mort. esp. por tuberculose

Prof. José Conde (Direcção-Geral dos Hospitais e Faculdade de Medicina de Lisboa)

- Taxa de mort. esp. por todos os tumores malignos
- Taxa de mort. esp. por cancro da traqueia, brônquios e pulmão
- Taxa de mort. esp. por cancro da mama
- Taxa de mort. esp. por cancro do colo do útero
- Taxa de mort. esp. por cancro do esófago
- Taxa de mort. esp. por cancro da laringe
- Taxa de mort. esp. por cancro do estômago

Prof. Fernando Pádua (Instituto de Cardiologia Preventiva e Faculdade de Medicina de Lisboa)

- Taxa de mort. esp. por doenças cardiovasculares
- Taxa de mort. esp. por doenças hipertensivas
- Taxa de mort. esp. por infarte agudo do miocárdio

Prof. Alexandre Abrantes (ENSP e Faculdade de Medicina de Lisboa)

- Taxa de mort. esp. por acidentes por veículos a motor

Prof. João Sennfeldt (ENSP e Hospital Miguel Bombarda)

- Taxa de mort. esp. por suicídios

Dr. Sá Marques (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal)

- Taxa de mort. esp. por diabetes mellitus

metodologia correcta para os processos de planeamento, como instrumento para a gestão em saúde.

Verificou-se também, constituir o painel Delphi um bom método de convergência da opinião dos peritos; a diminuição dos valores dos desvios padrão na segunda volta deixa transparecer a agregação de opiniões que se verificou.

Concluiu-se também que os resultados do painel Delphi ficam substancialmente enriquecidos com o fornecimento da máxima informação possível.

É de realçar o carácter "institucional" do Delphi realizado, em que as respostas, no caso das ARS, são provenientes duma discussão de vários técnicos, cujos resultados foram assumidos pelos respectivos presidentes.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se aos Professores Bandeira da Costa, Emílio Imperatori e Amélia Leitão todo o apoio e orientações concedidas, quer no estabelecimento das relações interinstitucionais que foram necessárias, quer no domínio metodológico e científico.

Também a todos os peritos que constituíram o Delphi aqui apresentado se agradece a imprescindível colaboração.

□ Bibliografia

- DELP, P., THIESEN, A., MOTIWALLA, J. e SESHADRI, N.: *Systems tools for project planning*, Office of Rural Development and Development Administration, Agency for International Development. s.d.
- MELLO, F.G.: *Introdução aos métodos estatísticos*, Livraria Escolar Editora, Lisboa, 1982
- GIRALDES, M.R.: *Health Projections in Portugal*, in: OMS — *Health Projections in Europe — methods and applications*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1986
- IMPERATORI, E. e GIRALDES, M.R.: *Metodologia do Planeamento da Saúde*, ENSP, Obras Avulsas, n.º 2, Lisboa, 1982
- INE: *XII Recenseamento Geral da População. Resultados Definitivos: 1981*, Imprensa Nacional, Casa da Moeda, Lisboa, 1984
- OMS: *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, Genève, 1983
- OMS: *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, Genève, 1984
- OMS: *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, Genève, 1985
- OMS: *Les buts de la santé pour tous — buts de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous*, Bureau Regional de l'Europe, Copenhagen, 1985
- OMS: *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, Genève, 1986

OMS:

Health Projections in Europe — methods and applications, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1986

OMS:

Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales, Genève, 1987

PINEAULT, R. e DAVELUY, C.:

La planification de la Santé-concepts, méthodes, stratégies, Agence d'ARC Inc., Ottawa, 1986

SALOMON, M. e NAHON, G.:

Previsão de mercado: método e prática, Rés Editora, Ld.ª, Lisboa, s.d.

SIEGEL, S.:

Estatística não paramétrica, Mc Graw-Hill do Brasil Ld.ª, São Paulo, 1981

STRAUSS, H.J. e Zeigler, I.H.:

The Delphi Technique and its uses in Social science research, "The Journal of Creative Behaviour", 9 (4) 253-259, 1975

TAVARES, A.B.:

Saúde Para Todos os Portugueses no Ano 2000 — Metodologia Previsional para o Nível Local, Área III do Curso de Saúde Pública III/86, ENSP, Lisboa, 1987

TAVARES, A.B.:

Projeções de Indicadores de Saúde — Contributo Para um Plano a Médio Prazo, DGCS/DPA, Lisboa, 1988

TAVARES, A.B.:

Painel Delphi Para Fixação de Objectivos — Contributo para um Plano a Médio Prazo (II), DGCS/DPA, Lisboa, 1988

□ Résumé

MÉTHODOLOGIE PRÉVISIONNELLE AU NIVEAU NATIONAL

Visant à la fixation des buts énoncés dans le Plan à Moyen Terme 1989-1991 (DGSSP/DPA), on a appliqué une méthodologie prévisionnelle, utilisable en projections de tendances en santé.

L'évolution prévisible d'ici l'an 1992 de vingt-trois indicateurs pour le Portugal a été identifiée à partir de l'extrapolation de tendances et d'une technique de groupe, le Panel Delphi.

Les résultats ont été discutés, en mettant l'accent sur les avantages et les limites des méthodes utilisées.

□ Summary

FORECASTING METHODOLOGY AT NATIONAL LEVEL

A forecasting methodology at medium term has been applied, usable in projections of trends in health. We would like to contribute to the setting of the goals to be reached by the implementation of medium term plan 1989 -- 1991 (DGPHC/PAD).

So, on the basis of the extrapolation of trends and of a group technique, the Delphi panel, we have identified the evolution which will be likely to occur until the year 1992, and as far as the area of Portugal is concerned, of 23 indicators, previously selected.

We have discussed the results, with a reference to the principal advantages and disadvantages of the methods applied.

namente favorável a esses importantes "pulmões" da humanidade...

Talvez que também a Organização Mundial da Saúde ao criar esta celebração o tenha feito numa época em que era urgente resolver graves e complicados problemas de saúde/doença.

Contudo, embora a panorâmica mundial não seja a que era nessa época (e já lá vão muitos anos) continua contudo a ser extremamente importante a celebração do Dia Mundial da Saúde.

Fazendo uma análise retrospectiva dos lemas que ao longo dos últimos 20 anos a O.M.S. lançou para essa celebração, verificamos que houve uma mudança, a qual se coaduna não só com a problemática da saúde pública contemporânea, como com os objectivos e programas da própria Organização e dos seus estados membros.

Durante muitos anos o lema do Dia 7 de Abril versou doenças ou epidemias que eram preocupação constante para os profissionais de saúde e para os governos.

A lepra, o tracoma, a varíola, as doenças cardiovasculares, foram temas desse dia. Passou-se depois para temas que apelavam a intervenções preventivas e assim surgiram as vacinações, a prevenção do tabagismo, as medidas de higiene.

Mais recentemente a O.M.S. fez apelos que se dirigem já concretamente aos estilos de vida e à promoção da saúde, tais como: "a saúde começa em casa", "saúde para todos pelo ano 2000", "saúde para todos, todos pela saúde" e "falemos de saúde" lema para 1989.

Há assim uma passagem nítida dum objectivo dirigido a uma situação de doença, para uma visão globalizante de saúde, que a todos diz respeito e para a qual todos temos de contribuir.

Esta evolução histórica da efeméride tenderá certamente a uma relativa repetição de temáticas em anos sucessivos e a que o lema seja sentido por algumas pessoas como um "slogan" gasto e repetitivo.

É evidente que as áreas temáticas recomendadas para 1989 pela Organização Mundial de Saúde são muito idênticas às dos anos anteriores, uma vez que se trata de recordar comportamentos e grupos de risco que são fulcrais para a promoção de saúde, tal é o caso da alimentação, da saúde oral, da prevenção de acidentes, da saúde dos jovens, das mulheres, dos idosos, etc.

Mas, a grande diferença em 1989 residia no apelo à comunicação. Falar de saúde, surgiu como uma necessidade de interpelação, dentro e fora

dos serviços, sobre o que representa ter saúde (ou não a ter...) para cada indivíduo e para cada comunidade. Era também um apelo aos órgãos de comunicação social para que falassem de saúde com e para o público, objectivo esse que foi fracamente alcançado entre nós, talvez pelo tal cansaço de dias mundiais.

Paralelamente à análise feita sobre a evolução dos lemas escolhidos para o dia 7 de Abril, será interessante fazer uma análise da forma como esta celebração evoluiu nos últimos anos em Portugal.

Embora não tenha sido sempre uma norma o procedimento que a seguir se relata, foi contudo frequente a celebração do Dia Mundial da Saúde durante vários anos, com uma forte componente nacional de âmbito central.

Produziam-se materiais alusivos ao lema ou reproduziam-se os que eram enviados pela O.M.S., utilizavam-se canais de distribuição de material à escala nacional, davam-se conferências de imprensa e normalmente um alto funcionário do Ministério da Saúde era entrevistado no telejornal da RTP.

Aliciados por alguns lemas como o do tabagismo e das doenças cardiovasculares, organizações não governamentais ou grupos interministeriais para essas áreas, tiveram igualmente um papel de destaque nessas celebrações. À medida que os serviços de saúde criaram estruturas, quer a nível distrital quer concelhio, que têm a seu cargo dinamizar programas e acções de educação para a saúde e fazer a divulgação da informação, a celebração do Dia Mundial da Saúde passou a ser assumida por esses serviços, de forma autónoma e em muitos casos original e extremamente criativa. E não só é assumida pelos centros de saúde e pelos núcleos de educação para a saúde distritais e concelhios, em colaboração com os gabinetes de divulgação, como passou a ter o cariz de um trabalho intersectorial, largamente extravasando para a comunidade.

Embora não seja essa a panorâmica nacional e somos um país pequeno mas as realidades são diversas de norte a sul, podemos afirmar que em cerca de 70% dos centros de saúde, houve uma actuação intersectorial, mesmo que nalguns casos a mesma se tenha limitado a uma colaboração entre o centro de saúde e as escolas da zona.

A leitura atenta das informações que nos chegaram, mostram bem o interesse crescente que o pessoal de saúde evidencia pelas actividades extra-muros do centro de saúde pelas formas de diálogo aberto com a comunidade, pela procura

ria, em que a saúde seja analisada nas suas dimensões biológica, psíquica e social.

É nesse contexto que surgem, nas comemorações do Dia Mundial da Saúde, actividades desportivas tais como corridas, percursos pedestres ou de "jogging", dirigidas a jovens e/ou à população em geral; ou que se promovem palestras ou convívios propondo temáticas tais como "estilos de vida — saúde mental" ou ainda "saúde, um tesouro que é preciso conservar". A abertura do centro de saúde a toda a comunidade materializou-se, por exemplo, em visitas de estudo de jovens e professores, de piqueniques de franco convívio ou até de jovens que desenhando sobre "saúde" nas salas de espera do centro de saúde, aí dialogavam com os utentes que esperavam ser consultados.

Importa realçar, que em vários distritos a celebração do Dia Mundial da Saúde se transformou, há já alguns anos, em semana da saúde ou festa da saúde, cujas actividades são o resultado duma programação intersectorial cuidada, envolvendo escolas dos vários graus de ensino, autarquias, associações voluntárias de

bombeiros e outras ONG, serviços da Segurança Social, e até mesmo entidades comerciais, como as que este ano emprestaram aparelhos de vídeo ou cederam espaços para exposições em centros comerciais. Estas são provas concretas de que a saúde começa a ser sentida não só como um direito mas como um recurso de vida no qual todos necessitamos colaborar.

Há ainda que destacar o enorme envolvimento das escolas, quer do ensino básico quer do ensino secundário, não só promovendo o tratamento da temática nas aulas, mas abrindo a escola aos pais e população em geral, para participarem em debates, para verem exposições dos alunos sobre temas de saúde ou ainda motivando-os para questionarem a população sobre a importância do Dia Mundial da Saúde e sobre o interesse do centro de saúde sair fora dos seus muros.

A colocação de bancas de informação, quer em praças movimentadas quer em centros comerciais, onde simultaneamente se mede a tensão arterial, é talvez a forma de contacto com o público menos atraente e promotora de saúde, mas o seu sucesso poderá ser útil para uma motivação do público para outros aspectos mais positivos.

Sabemos também que alguns distritos resolveram celebrar o Dia Mundial da Saúde realizando um outro tipo de trabalho que se afigura do maior interesse: falar de saúde dentro da equipa de saúde (que nem sempre existe como tal), promovendo encontros de reflexão e análise sobre as "metas da saúde para todos", sobre o trabalho que tem sido feito e o que falta fazer para as alcançar. É outra forma de celebrar o lema e embora utilizando uma metodologia "introversa", não deixa por isso de assumir enorme interesse e importância. Do seu sucesso, será a comunidade a grande beneficiada.

A celebração do Dia Mundial da Saúde não deverá constituir a preocupação única ou máxima dos serviços de saúde, nem assumir papel de relevo nos programas de educação para a saúde, mas poderá constituir o momento alto de um programa, o ponto de partida para um trabalho intersectorial ou ser apenas uma festa, um dia de encontro saudável dos vários actores envolvidos na promoção da saúde. Quando as crianças de um jardim infantil se passaram pela vila vestidos de médicos e enfermeiros empunhando cartazes incitando à vacinação, podemos dizer que houve festa, mas também uma mensagem muito especial enviada a todos os pais.

**vamos falar
de saúde**

