

DINAMARCA: Sistema de Saúde Pública de um País Desenvolvido

Sonia Maag

Cursa Social og Sundhedsassistent (SSA) na escola de saúde Söpu Nordsjaelland – na cidade de Hilleroed. Estagiária no Hospital Herlev – departamento de Urologia H122. Veksøe Sjaelland – Dinamarca

E-mail: sonia@maag.dk

Miriam Viviane Baron

Fisioterapeuta pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela UNINTER/Curitiba. Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS.

E-mail: miriamvbaron@yahoo.com.br

Lia Machado Fiuza Fialho

Pós-Doutora em Educação na Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PB. Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará – UFC/CE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR/CE. Especialista em Inclusão da Criança Especial no Sistema Regular de Ensino – UFC/CE, Pedagoga pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE. Tem experiências na área de Educação, com ênfase em História da Educação e Educação em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: juventude, história oral, escolas, práticas educativas e formação pedagógica.

E-mail: lia_fialho@yahoo.com.br

Primeiramente, gostaríamos de mencionar pontos como a geografia, política, escolaridade, cultura e economia da Dinamarca, para melhor entendimento do contexto geral que se dará na continuidade deste capítulo.

A Dinamarca é um pequeno país com uma população total de cerca 5,4 milhões de habitantes e uma área de aproximadamente 43.094 km². É membro da União Europeia desde 1973, sendo igualmente membro das Nações Unidas, Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial do Comércio e Conselho da Europa (ESTEVEES *et al.*, 2010).

O país se enquadra economicamente como um dos países mais ricos do mundo e apresenta um dos mais elevados níveis de assistência e condições de saúde. A indústria é a principal fonte de renda do país. Com exceção do petróleo, gás natural e solo fértil, o país é escasso em recursos naturais (ESTEVEES *et al.*, 2010).

De acordo com o Denmarks Statistik (2008) e UNI. C Statistik & Analyse (2010), o grau de educação é consideravelmente elevado, e cerca de 30% da população possui diploma de nível superior.

O regime político do país é a monarquia, atualmente regido pela rainha Margrethe II. O governo central possui uma democracia representativa, isto significa que a população é quem indica os representantes dos governos federal, municipal e estadual. O governo federal é regido por um(a) ministro de estado ou primeiro(a) ministro, atualmente regido por Helle Thorning Schmidt, governo este

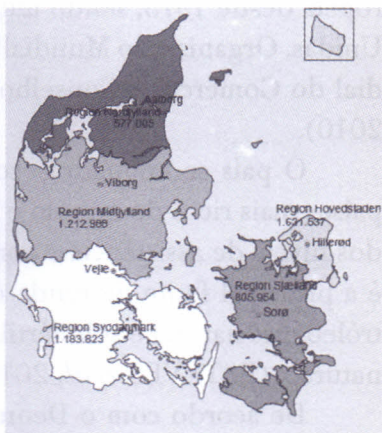
iniciado no primeiro dia de janeiro de 2012. O poder legislativo (Folketinget) juntamente com os governos locais e regionais possui plena autonomia na distribuição e investimentos de seus recursos financeiros.

E as eleições para troca de governos e conselhos eleitos, ocorrem de 4 em 4 anos, simultaneamente com as eleições regionais.

Os governos locais dividem-se em 5 regiões e 98 municípios, conforme o (Sundhed og Indenrigsministeriet de 2010).



Mapa 1 – Localização da Dinamarca na Europa



Mapa 2 – Mapa do país com a localização das 5 regiões

O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E OS RECURSOS FINANCEIROS

O sistema de saúde público dinamarquês está atualmente dividido em cinco regiões, desde a reforma de 2007. Conforme o Finansministeriet (2012) (Ministério das Finanças da Dinamarca), a negociação da distribuição dos recursos financeiros para a saúde é realizada anualmente e

ocorrem juntamente com o governo federal, os conselhos municipais e regionais.

A política regional é constituída pelos hospitais e a promoção da saúde é uma das suas principais atribuições. Aos municípios/prefeituras, competem a responsabilidade pelas escolas, os serviços sociais, a prevenção e a promoção da saúde, bem como alguns cuidados com a saúde.

Ficam a cargo destes governos e conselhos eleitos as atividades e recursos básicos do sistema de saúde, como os serviços de enfermagem, serviços domiciliários, serviço odontológico municipal, campanhas de prevenção e promoção da saúde e instituições para pessoas com diminuição de suas funções físicas ou psíquicas.

Os recursos financeiros para a saúde provêm de uma combinação de impostos nacionais, que é distribuída de forma equivalente pelas regiões com objetivo de minimizar as diferenças econômicas e populacionais existentes entre as regiões.

A população possui livre escolha hospitalar. O regime da livre escolha foi introduzido em 1993, e acontece desde que esta respeite o tempo de espera e limite previsto por lei para cada caso.

Conforme o Sundhedsstyrelsen (2009) (Conselho de Saúde da Dinamarca), depois da primeira consulta por um clínico geral, os pacientes recebem via correio ou e-mail, uma relação de hospitais e prazos previstos para o atendimento. Cada paciente tem o livre-arbítrio para escolher e obter atendimento nos hospitais públicos e também em alguns hospitais privados sem fins lucrativos da Dinamarca, para o tratamento de sua doença, desde que este tenha o mesmo nível de especialização, tanto para cirurgias, exames

ou tratamentos e que seja órgão reconhecido e inspecionado pelo Ministério da Saúde.

A população tem a garantia de atendimento à saúde pública gratuita. Os benefícios e coberturas incluem o acesso a consultas de clínica geral e diferentes especialidades, incluindo oftalmologia e otorrinolaringologia e serviços de emergência médica 24 horas.

O sistema de pagamento aplica-se a serviços de enfermagem domiciliares, dentistas, tratamentos de fisioterapia e medicamentos.

Os exames para a diagnose de doenças são totalmente gratuitos e realizados nos hospitais tanto públicos como privados, ou em clínicas especializadas credenciadas ao sistema de saúde federal. A receita médica é expedida eletronicamente e o próprio paciente arca com as despesas de seu tratamento.

Já as consultas e tratamentos dentários são fornecidos gratuitamente pelo governo municipal para crianças e adolescentes em nível escolar até que estes completem os 18 anos de idade. Após esta faixa etária, cada indivíduo é responsável pela sua saúde bucal, sem contribuição monetária por parte do governo para esta finalidade.

Nos últimos anos, as companhias de seguro privadas com fins lucrativos estão em expansão, numa oferta similar ao seguro de saúde pública, disponibilizando uma cobertura de cuidados hospitalares privados na Dinamarca ou no exterior.

O seguro de saúde privado é essencialmente distribuído através de acordos com empresas sob a forma de seguros de grupo, contribuindo largamente para a forte taxa de crescimento dos sistemas privados.

QUALIDADE DE VIDA E CULTURA DO MOVIMENTO

É impossível comentar o fator qualidade de vida sem mencionar o fator saúde. Saúde e qualidade de vida andam lado a lado e torna-se assim o estilo de vida de uma determinada sociedade.

E na sociedade dinamarquesa, a cultura de uma vida saudável e o cuidado com o meio ambiente faz parte do dia a dia da maioria da população e tem início na infância.

De acordo com uma pesquisa realizada em 2007/2008 do Instituto Europeu sobre qualidade de vida e trabalho na Europa, entre os diferentes aspectos sociais e econômicos que podem influenciar a vida familiar e a saúde, mostrou que, estar em dia com sua saúde é muito importante para manter a qualidade de vida em alta, para 81% dos países europeus entrevistados (RENEHAN, 2009).

Dentre estes, Renehan (2009), cita que os cidadãos dinamarqueses estão no topo da lista dos que estão mais satisfeitos com o nível de qualidade de vida, num total de 85% da população entrevistada. Para melhor entender o que é ter saúde e o que é ter qualidade de vida para os dinamarqueses, é fundamental entender como ela acontece e como é definida.

De acordo com o livro *Sundhedsfremme i hverdagen*, que significa “saúde preventiva diária”, lançado recentemente pela editora Mundsgaard, em que os autores baseiam-se na Teoria de Antonovskys que trata dos estudos da cognitividade e criatividade, esclarecem que, criatividade e aprendizado juntamente são a chave para um processo mais dinâmico de aprendizagem. Os autores conceituam ainda a saúde preventiva como um acontecimento diário de um modo de ser individual, ou de um grupo de pessoas.

Definem saúde como “um conjunto de conceitos que são controlados pela motivação interior de cada indivíduo ou sociedade” (FREDENS; JOHNSEN; THYBO, 2011).

Segundo os autores, a tradução de saúde preventiva pode ser bastante complexa, dependendo de fatores individuais que irão determinar a maneira como agimos e reagimos. O ambiente a nossa volta possui influências na tomada de decisões. Por isso, faz parte da cultura dinamarquesa o acompanhamento, desde a infância, da saúde de forma preventiva, trabalhando-a nas atividades diárias individuais e coletivas.

Der findes ikke én, men flere måder at forstå sundhed på, og der er ikke én, men flere måder at betragte og legitimere bevægelse som sundhedsfremmede praksis på [...] (SVENDSEN, 2010).

[...] não se encontram uma, mas várias maneiras de se entender saúde, e não só uma, mas várias maneiras de definir e legitimar o movimento de prevenção da saúde na prática [...]

De acordo com Svendsen (2010), autora da frase acima, do artigo “Movimento como cultura da saúde”, nos revela que saúde pode ser definida de diferentes maneiras, tudo depende de como a vemos. O artigo refere-se ao movimento de prevenção da saúde que se iniciou nas escolas dinamarquesas.

E baseado nos diferentes pontos de vista, iniciou-se um trabalho com uma série de materiais, recursos físicos e naturais de forma reeducadora, método este que se preconiza desde 1975.

Este modo de pensar e agir saúde como cultura do movimento, retrata uma visão que possui foco para o corpo

e a natureza, e transforma a educação de gerações futuras mais saudáveis e felizes.

Segundo Svendsen (2010), a saúde se define de quatro diferentes formas: saúde como cultura da higiene, saúde como própria realização do corpo, saúde como cultura do consumo e por último, saúde como cultura do movimento.

Primeiramente, precisa-se entender qual a associação que cada indivíduo tem em relação ao que são saúde e qualidade de vida, pois estas são diferentes para todos. Os ajustes necessários concretizam-se primeiramente pelo próprio indivíduo, na família e na escola, e deve ser bem entendido e analisado para se poder trabalhar continuamente e a partir daí, realizar as mudanças e ajustes necessários, bem como seus progressos.

A saúde e qualidade de vida são bem definidas e trabalhadas pelos dinamarqueses, esta definição “individual” acompanha todas as etapas da vida, desde a infância até a velhice, por isso cada indivíduo é responsável pela sua saúde e seu bem-estar geral. Quanto antes a cultura do movimento seja adquirida, melhor saúde e qualidade de vida terão o indivíduo/sociedade.

Nas escolas as crianças aprendem a ser cidadãos pensantes, e que delas depende um futuro com melhor estilo de vida que se tem hoje. Um exemplo, para melhor entendimento: “aprender que os produtos ecológicos além de não degradarem o meio ambiente, possuem maior concentração de vitaminas, proteínas e sais minerais, além de prevenirem uma série de doenças como o câncer”.

Certas escolas proíbem as crianças de ter em suas lancheiras qualquer produto como balas, chocolates e refrigerantes. Regras estas estabelecidas pelos próprios alunos em conjunto com o conselho de pais ou responsáveis.

SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na Dinamarca, o assunto saúde é foco de atenção, pois a população de idosos vem crescendo muito no país, o que gera constantes transformações na esfera das políticas federais, estaduais, regionais e municipais.

A expectativa de vida está acima dos 80 anos, de acordo com Denmark Statistik, 2011. Ao completar os sessenta anos de idade espera-se uma longevidade de 83,7 anos para as mulheres e 81,7 para os homens. E com a qualidade de vida e saúde em alta, a tendência de expectativa de vida é aumentar ainda mais nos próximos anos.

O primeiro setor que trabalha em âmbito municipal possui uma grande responsabilidade em se tratando da saúde e prevenção das doenças, e juntamente a ele trabalham os sindicatos e a população na prevenção e acompanhamento de doenças mais comuns das comunidades locais, numa forma de autoajuda.

O objetivo é a inclusão das pessoas na cultura local e nas atividades de trabalho, acompanhando-as positivamente em suas atividades.

Conforme Eners (2010), pessoas dependentes de acompanhamento e estimulação preservam suas funções físicas e psíquicas através do apoio e estimulação para a execução de suas atividades de vida diária, mantendo sua qualidade de vida.

E os profissionais da saúde têm como foco a utilização dos recursos e habilidades individuais que cada um possui, de forma que trabalha em conjunto, com a utilização de recursos disponíveis no meio em que a pessoa esteja inserida. “Aproveitando-se” das diferentes situações

diárias, desenvolve-se a automotivação que reforça e desenvolve a autoestima e a autoajuda, para que as pessoas consigam realizar suas atividades normais e manter sua rotina diária sem necessidade de ajuda do governo.

Este projeto tem base teórica e se aplica nacionalmente. *Hjælp til selv hjælp* que significa “Ajude a ajudar-se”, tem como ponto de partida a bagagem cultural que cada indivíduo possui, respeitando e utilizando os recursos individuais e do meio cultural para a reestruturação e suprindo as necessidades e funções de cada um (BLICHFELDT, 2010).

A autoajuda é um elemento básico para que cada indivíduo possa reestruturar seu dia a dia, aprendendo a viver normalmente, apesar de ter um impedimento físico, por exemplo.

Conforme o portal nacional da saúde, dentre as doenças mais comuns entre os dinamarqueses, estão relacionadas uma lista de oito: a infecção urinária, o diabetes, a depressão, as doenças cardiovasculares, o câncer, a artrite e artrose, doenças pulmonares e a osteoporose. A maioria destas doenças é causada por uma vida sedentária e poderia e pode ser prevenida em um futuro próximo se estas pessoas mantiverem as oito dicas de saúde sugeridas pelo Ministério da Saúde (RUGH *et al.*, 2008).



Figura 1 – Dicas de saúde sugeridas pelo Ministério da Saúde da Dinamarca

MORADIAS CONJUNTAS, ASILOS E HOSPÍCIOS

Ao completar sessenta anos de idade, todo e qualquer cidadão que, por algum motivo tiver suas funções físicas e psíquicas minimizadas, recebe uma mensagem da prefeitura, oferecendo ajuda para as atividades diárias, caso este possua algum problema que o impeça de realizá-las. Ou ainda nos casos de decreto por invalidez antecipada causadas por acidentes, derrames cerebrais entre outros.

Todos têm a possibilidade de se mudar para um local mais central, para casas que possuem fácil acesso a centros de compras e com a possibilidade de ter atendimento diário individualizado da equipe de saúde, conforme a necessidade de cada um.

Existem profissionais da saúde destinados a realizar este trabalho, e após realizar visita as pessoas, determinam as mudanças necessárias. Após determinar qual o tipo de ajuda que a pessoa necessitará, estes transmitem a informação sobre a oferta de mudança para os endereços que estejam vagos, conforme a necessidade.

Estes profissionais também são contatados pelos hospitais que, por sua vez, contatam a central de materiais e equipamentos que facilitarão o retorno e o bem-estar do paciente para sua casa. Por exemplo: uma senhora idosa que sofreu uma cirurgia no quadril. Após a alta hospitalar esta senhora terá de seguir um acompanhamento e treinamento em grupo com fisioterapeutas nos centros mais próximos de sua residência.

E um ergoterapeuta irá solicitar aparelhos ou equipamentos para o retorno a sua residência, como por exemplo: uma cama hospitalar, elevação do vaso sanitário que facilite

o movimento de descida e subida ao ir ao banheiro, muletas, cadeira de rodas, entre outros.

Se a casa tiver muitas escadas que impeçam seu retorno imediato, a pessoa tem a possibilidade de residir em um centro de reeducação e reestabilização física por algumas semanas até sua recuperação parcial, se esta for possível. Tudo que facilite o seu restabelecimento de forma rápida e efetiva para a continuação de uma vida normal.

No caso de um morador não ter a possibilidade de retornar ou continuar em sua residência habitual, existem dois tipos de moradia que a pessoa pode optar: (1) asilos onde há profissionais da saúde 24 horas, ou (2) casas de quatro cômodos que são construídas em blocos, onde recebem a visita de profissionais da saúde de acordo com a necessidade individual.

Em caso de piora da saúde, o morador recebe mais visitas do que o normal, ou se necessário muda-se para os asilos onde sempre tem alguém por perto, evitando assim quedas de escadarias, por exemplo, pois estes locais possuem melhores recursos de infraestrutura e equipamentos adequados de segurança, alimentação adequada, higiene e limpeza. Em último caso, o morador é direcionado para hospícios onde existem equipes especializadas em cuidados paliativos e todos os recursos para um final de vida tranquilo e sem dor.

As ajudas domiciliares são individualizadas e prestadas pelos profissionais da saúde. A equipe administra o remédio no horário, ajuda a servir a refeição, ajuda no banho, ajuda a pôr a roupa, a organizar a casa, a passar o aspirador de pó, nas visitas ao banheiro, ajuda e motiva passeios no jardim, entre outras, como visitas para observar se a pessoa está em casa e se está tudo na sua devida ordem.

Estas casas geralmente possuem quatro cômodos, e são construídas com um padrão de facilidade de acesso e deslocamento no seu interior e exterior. O acesso a casa não possui escadas, e o jardim é de fácil acesso. O banheiro costuma ter espaço para quem possui cadeira de rodas, e existe a possibilidade de instalação de lifts (elevadores de carga) para paráliticos. As ruas são pavimentadas e disponibilizam curtos trechos até os centros comerciais e o transporte público.

As moradias podem ser solicitadas na prefeitura pela família do morador, vizinhos (já que existem muitas pessoas sem família), pelo próprio morador ou um profissional da saúde.



Foto 1 – Moradias em Bloco – (Damgårdsparken Stenløse- DK).

Nas casas em bloco e asilos geralmente residem idosos, viúvos, pessoas que não possuem família e pessoas com alguma deficiência física e mental, desde que estas não representem nenhum perigo social.

As casas/moradias em bloco são alugadas a um valor equivalente a renda mensal do morador, e em alguns casos o governo municipal ajuda no pagamento do aluguel.

As pessoas que nelas residem podem ficar até o momento em que se recuperarem e tenham clareza mental para tomarem decisões do dia a dia. Algumas residem nessas moradias até o fim de suas vidas.

A CULTURA DO MOVIMENTO E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Conforme Svendsen (2010), a cultura do movimento e da prevenção de doenças se dá nas mais diferentes formas e meios. Com uma visão construtivista é possível melhorar a qualidade de vida de uma sociedade. A seguir, citamos alguns dos fatores que contribuem diariamente para a mudança. Por exemplo, projetos instituídos como cursos, trabalho voluntário, reestruturação de cantinas nas escolas e empresas, ginástica nos hospitais, estão inseridos na cultura contemporânea da Dinamarca.

As prefeituras e organizações não governamentais, empresas, bem como sindicatos trabalham de forma ativa oferecendo cursos, porque têm o objetivo de favorecer o bem-estar social e o aprimoramento educacional das pessoas, abrangendo todas as faixas etárias e níveis sociais.

A maioria dos cursos oferecidos é gratuita para toda a comunidade, e ocorrem em diversas áreas, respeitando os diferentes níveis de aprendizado em que cada aluno se encontra.

O curso de informática para idosos, por exemplo, dá-se de acordo com o interesse dos alunos. As aulas são ministradas de forma instrutiva, para que os alunos se sintam seguros a manipular a internet e realizar atividades como: acessar, checar e responder e-mails, inserir pastas, arquivos, fotos e salvar documentos (ERSTED, 2011). E se tornam

meios mais fáceis para participar, agir e interagir de forma ativa na sociedade moderna, tornando-se assim um meio de fácil acesso ao boletim médico hospitalar, a marcação de consultas e exames. Diminuindo, desta forma, filas e tempo de espera, além de ser um conforto especialmente para quem tem dificuldade de locomoção, como as pessoas com deficiência física.

Os sindicatos e asilos também promovem e proporcionam passeios em shopping centers, pontos turísticos, exposições, feiras, viagens internacionais, ginástica e dança. Além da participação em congressos e decisões municipais, atividades estas que resultam em diversos resultados positivos na participação ativa destes. E desta forma, conforme Rugh *et al.* (2008), estimulando e melhorando a capacidade de integração no meio social onde estão inseridos, melhorando suas capacidades psíquicas e físicas.

As empresas em geral também aprimoram a qualidade de seus funcionários, de maneira que estimulam e os beneficiam com cursos, pós-graduações, experiências internacionais, pois querem que seus funcionários desempenhem a qualidade máxima.

E isso só é possível porque estão atentos as mudanças que acontecem, reagindo assim de forma inovadora no cenário nacional e internacional para não perder a competitividade.

As empresas também apreciam o fato dos funcionários realizarem trabalhos voluntários. E muitas disponibilizam uma hora da jornada de trabalho para realização de tal atividade.

E grande parte da população, por não possuir muitos membros na família, acaba por se isolar da comunidade e

sociedade onde vive. Por isso, as prefeituras, bem como as igrejas possuem departamentos onde todos que possuem algum tempo disponível, podem prestar trabalho voluntário, podendo ser numa frequência diária, semanal, mensal ou anual.

De acordo com Hjære e Madsen (2010), que realizaram uma pesquisa sobre o bem-estar social e voluntariado na Dinamarca, apontou que em 2004 havia 35% da população já praticando trabalho voluntário. Atualmente, este número está em torno do dobro de percentual em relação à última pesquisa, e conta também com o aumento da participação de jovens no projeto, bem como tem recebido grande interesse por diversas instituições.

A pesquisa também apontou que a faixa etária de quem participa mais ativamente no projeto é de 40 a 49 anos de idade, num total de 55%. Os homens praticantes com 46% são maioria em comparação a 40% das mulheres participantes (HJÆRE; MADSEN, 2010).

Segundo os mesmos autores, os homens se interessam em contribuir voluntariamente nas atividades esportivas, políticas e na moradia, enquanto que as mulheres possuem mais interesse nas atividades sociais, culturais e educativas.

Nas escolas e grande parte das empresas, preocupadas com o aumento dos *fast food*, obesidade e doenças, está se adotando uma nova estruturação das cantinas para tornar o horário das refeições mais saudável. Ao invés de cantinas repletas de doces, chocolates e refrigerantes entre outras guloseimas, encontra-se grande variedade de frutas da estação, sucos e legumes frescos, saladas em geral e sanduíches de pães integrais.

CONTROLE DA SAÚDE

Como já mencionado anteriormente, todos os setores federal, estadual e municipal, têm individualmente a responsabilidade de manter a saúde e o bem-estar da população, bem como a prevenção de doenças por meio de campanhas de saúde (BLICHFELDT, 2010).

Um bom exemplo a ser citado é o ônibus da saúde, onde a população gratuitamente pode fazer um check-up básico da condição física, medir o colesterol e a taxa de glicemia, verificar a pressão arterial, receber informações sobre o controle de peso, tabagismo, receber dicas e boletins informativos e tirar dúvidas.

A ginástica também faz parte da receita médica. A ordenação é possível a partir do próprio médico ou após o período de internação hospitalar. Com a receita, o paciente passa por uma avaliação contínua da sua saúde analisando as funções cardíacas, pulmonar, condição nutricional, controle do peso, força muscular e a mobilidade das articulações.

Conforme Bitz (2012), expert em nutrição, comenta que

se você quiser ter uma vida saudável, também precisa entender que, além de alimentar-se adequadamente também precisa realizar alguma atividade física, precisa ter espaço para diversão e coisas que proporcionem a você qualidade de vida, feche a boca e mexa o bumbum.

Poucos exercícios, alimentação inadequada e movimentos errados causam sérios problemas ao corpo e a saúde física e psíquica. E quando a atividade física não faz parte do dia a dia, é indicada a prática de esportes para manter a habilidade de movimento do corpo (RUGH *et al.*, 2008; AAGERUP; RASMUSSEN, 2008).

Os atendimentos ocorrem semanalmente e cada visita acontece em diferentes localidades do município, geralmente perto de centros comerciais para melhor deslocamento dos moradores. Estes são efetuados por uma equipe de enfermeiras e médicos. A permanência da equipe é geralmente em torno de quatro horas, dependendo do número de visitantes.



Foto 2 – Ônibus da Saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma sociedade que possui uma estrutura socialmente equilibrada, política e cultural organizada, possui os fatores necessários para a concretização da qualidade do padrão e estilo de vida de sua população, bem como a expansão da economia e do crescimento dos mercados no cenário nacional e internacional.

Recursos financeiros bem distribuídos na saúde, quando bem aplicados, aprimoram o sistema de comunicação interna entre os diferentes departamentos de saúde, tornando-se assim possível um trabalho focado na prevenção de uma série de doenças e abertura para diversos campos de pesquisa e desenvolvimento.

Bons exemplos podem e devem servir de inspiração para outras sociedades em desenvolvimento para que essas também melhorem suas estruturas e especialidades.

Para se obter qualidade e estilo de vida de alto nível, é necessário uma série de fatores como informações, investimentos, pesquisas, influências da sociedade, influência políticas, leis, entre outros. Pois esta junção de elementos e fatores faz parte de um conjunto complexo e ao mesmo tempo flexível, em que tudo que se constrói também passa por um processo de aprimoramento e mudanças no decorrer dos anos, assim como as pessoas nelas envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAGERUP, L.; RASMUSSEN, H. B. *Pædagogik med psykologi*, 5 rev – Denmark, 2008.

BITZ, Christian. *Mídia*: Speakersclub.dk – Ernæringsekspert Christian Bitz, Denmark. Disponível em: <<http://speakersclub.dk>>. Acesso em: fev. 2012.

BLICHFELDT, J. Sygehusvalg – cap 19, § 79, stk. 2, 2009; Regionens ansvar: cap 74; Hjælp til selv hjælp: cap 38. København – Denmark, 2010. Disponível em: <<https://www.retsinformation.dk>>. Acesso em: dez. 2011.

ENERS, A. C. Lærebog i Social-og samfundsfag. 3. ed. Rev – Denmark, [s.n.], 2010.

ERSTED, B. Jornal: FuresøAvis, Weekend – SeniorAvis. Farum, Denmark p. 19 de 8. dez – Denmark, 2011.

ESTEVEES, A.; et al. *Faculdade do Porto*. Dissertação (Mestrado em Gestão de Economia: Serviços de saúde, regulação,

- sistemas e políticas de saúde) – Portugal, 2010. Disponível em: <<http://www.slideboom.com>>. Acesso em: dez. 2011.
- FREDENS, K.; JOHNSEN, T.J.; THYBO, P. Sundhedsfremme i hverdagen: få mennesker du møder til at vokse. Denmark. 2011. p. 86,104, 186-195.
- Finansministeriet, 2012. Artigo: Kommuner og regioner. Disponível em: <<http://www.fm.dk>>. Acesso em: fev. 2012.
- HJÆRE, M; MADSEN, O. C., 2010 “Den frivillige sociale indsats – Årsrapport 2010”. Disponível em: <<http://www.frivillighed.dk>>. Acesso em: fev. 2012.
- Økonomi og Indenrigsministeriet 2012. Samfund og rettigheder, politik og valgsystem. København K, Denmark. Disponível em: <<https://www.borger.dk>>. Acesso em: fev. 2012.
- RENEHAN, T., 2009. “Segunda pesquisa europeia sobre a qualidade de vida”. p. 2, Dublin – Irlanda, 2007. Disponível em: <http://ec.europa.eu/danmark/eu-politik/alle_emner/statistik/2009/090403_livsalitet_da.htm>. Acesso em: dez. 2011.
- /Ritzau/. Artigo: Vi lever længere og længere, 17 fev. 2011.
- Byen.nu – Denmark. Disponível em: <<http://www.byen.nu>>. Acesso em: dez. 2011.
- RUGH, C; et al. *Kultur og Aktivitetsfag*, 5. rev – Denmark: [s.n.], 2008.
- Sundhedsstyrelsen, 2009. Ny vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver § 119 stk 3 – cap 2-3 – 17 dec 2009. København S, Denmark. Disponível em: <<http://www.sst.dk>>. Acesso em: nov. 2011.
- SUNDHED og Inderigsministeriet. Mapa das 5 regiões – Kommunal Reform – Denmark. Disponível em: <<http://www.sm.dk> e <http://www.im.dk/>>. Acesso em: dez. 2011.

SVENDSEN, A. M. *Bevægelser i Sundhedskultur*. 1 p. 69-81, Odense, Syddansk Universitetsforlag – Denmark, 2010.

UNDERSVISINGSMINISTERIETS & UNI. C *Estatística & Análise 2009 – Artigo: Tal der taler p.87*. Denmark, 2010.

Disponível em: <<http://www.ug.dk>>. Acesso em: fev. 2012.