

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016

pensar saúde

02

Coordenadores

Porquê planear estratégias para a saúde?

04

MCSP

Participação e Cidadania

05

Plataforma SD

Por uma participação consequente

07

Gabinete Técnico

Microsite do PNS
2011-2016

Editorial



Maria do Céu Machado
Alta Comissária da Saúde

Um Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 humanizado à dimensão europeia foi o meu desejo no primeiro *Pensar Saúde*, citando George Steiner.

Nos dois meses que mediaram os dois números deste Boletim, a actividade desenvolvida foi intensa. Quinze grupos, universitários na sua maioria, trabalham em temas básicos para o próximo Plano, o que motivou a elaboração de termos de referência e reuniões de discussão de progresso.

O grupo de peritos tem colaborado regularmente e cada Administração Regional de Saúde nomeou um gestor regional, de forma a que estratégias regionais e a nacional corram em paralelo. A Direcção-Geral da Saúde

e a Administração Central dos Serviços de Saúde têm tido papel preponderante como instituições fundamentais, respectivamente normativa e de planeamento e financiamento, através da Comissão de Acompanhamento Permanente do PNS 2004-2010.

Também se iniciou a colaboração com os Presidentes dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) considerando que são um dos instrumentos de operacionalização do PNS.

Os parceiros da sociedade civil começam a ser envolvidos e a participação activa do cidadão vai ser facilitada a partir de 8 de Março através do *microsite* do Alto Comissariado da Saúde que permite o envio directo de opiniões e contributos.

O Plano de Comunicação desenhado traduz o espírito que se pretende para a construção do PNS: cooptar todos os que, de forma directa ou

indirecta, vão ter responsabilidade na execução e na obtenção de ganhos em saúde.

Um envolvimento desta dimensão faz-nos sentir, como diria João dos Santos, *...o calor humano que nos dá um conforto como um almodão de nuvens...*

COORDENADORES

Porquê planear estratégias para a saúde?



Jorge Simões e Paulo Ferrinho
Coordenadores

Estudiosos afamados, dedicados ao estudo do planeamento estratégico, reconhecem que este, quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução bem sucedida. No sector empresarial ronda os 10-15%. Esta observação levanta a questão da razão por que tantas empresas, particularmente as bem sucedidas, dedicam recursos, tempo e dinheiro, à elaboração de planos estratégicos.

A resposta pode ser encontrada no próprio conceito de estratégia: o que ela pretende elucidar e o que se pode alcançar com o processo do seu planeamento.

Segundo Mintzberg, uma estratégia define:

1. Percepção do papel que queremos assumir num mercado (regulador do sistema, dinamizador de políticas saudáveis, financiador, produtor de recursos e prestador de serviços) e da forma como nos queremos relacionar com os cidadãos no nosso sistema social de referência;

2. Produtos/ofertas (serviços, fármacos e outras tecnologias, materiais informacionais,

4P
Percepção do Papel
Produtos/ofertas
Padrão de Desempenho
Planos

etc.) que queremos colocar no (ou retirar do) mercado da saúde, a nossa área de negócio, produtos/ofertas essas que devem fazer a diferença em termos de ganhos em saúde que são definidos através de metas, *smart*¹ se exequível.

3. Padrão de desempenho que ambicionamos em termos de segurança dos doentes e qualidade do sistema de saúde e das suas unidades sanitárias, assim como em termos de outros padrões relacionados, por exemplo, com o acesso e a equidade; e

4. Planos e outros documentos orientadores, das operações, onde são apresentados valores e princípios orientadores, missão, visão, diagnóstico da situação, intervenções, responsáveis, recursos e calendário.

A definição destes “4Ps” é um procedimento complexo, procedimento esse que vale só por si enquanto conducente a:

1. Um processo activamente **participado** por um grande número de cidadãos, mobilizador de todos os quadrantes da sociedade;

2. Ganhos em **conhecimento** sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes em Portugal e difusão dessa informação de uma forma

2P2C
Participação
Conhecimento
Prioridades
Consensos

generalizada e direccionada;

3. Obtenção de **consensos** e legitimização da visão estratégica proposta; e

4. Clarificação das áreas **prioritárias** em termos de concentração de recursos através de, por exemplo, processos de contratualização.

Para o PNS 2011-2016 estamos, em termos de procedimentos, a entrar numa fase crítica de mobilização de contributos dos mais diversos sectores da sociedade, através de contactos pessoais com personalidades, de *mailing* a perto de um milhar de entidades, de encontros com grupos, como os recém nomeados directores executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde, da abertura de uma plataforma electrónica www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016 aberta à colocação de contributos e, por último, da organização do III Fórum Nacional de Saúde.

Mande-nos o seu testemunho. Participe.

¹ SMART (inteligentes) em que *s* para *specific* (específicas), *m* para *measurable* (mensuráveis), *a* para *achievable* (exequíveis), *r* para *relevant* (relevante) para, *t* para *time bound* (calendarizadas).

ARS DO ALGARVE E DO NORTE

O cidadão no centro das intervenções em saúde

O processo de consulta, envolvimento e comunicação do próximo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 decorre numa altura em que assistimos a “uma mudança de paradigma” que exige que os serviços de saúde encarem os cidadãos “não como objectos do seu trabalho, mas como parceiros”, afirma o presidente da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, Rui Lourenço.

“Há um trabalho muito importante a fazer internamente para que os profissionais de saúde tenham consciência desta mudança de modelo”, diz Rui Lourenço, referindo que, simultaneamente, os serviços de saúde – sejam hospitais ou serviços de proximidade – terão uma responsabilidade acrescida em trabalhar

em conjunto com os cidadãos, contribuindo para a sua capacitação e empoderamento,

“Os serviços de saúde devem encarar os cidadãos como parceiros”

Rui Lourenço (ARS Algarve)

para que possam tomar decisões informadas, melhorando assim os seus níveis de saúde.

O presidente da ARS do Norte, Fernando Araújo, acrescenta que o envolvimento dos cidadãos e utentes é também muito importante ao nível da definição das políticas, do elencar dos problemas de saúde da população e da priorização das acções. “Há cada vez uma

maior necessidade de envolver os cidadãos nestes processos e o seu contributo para um Plano Nacional de Saúde, como o actual, é fundamental”, acrescenta.

“Vivemos, cada vez mais, em sociedades de saúde e bem-estar” e existe um número cada vez maior de intervenções sociais que se desenvolvem em torno da Saúde, de forma intersectorial, contextualiza o presidente da ARS do Algarve, salientando que “temos que nos relacionar com os outros sectores da governação, uma vez que as políticas de saúde podem e devem ser também desempenhadas por eles”.

Como exemplo deste tipo de intervenções refere a legislação publicada, em determina-

“O envolvimento e a comunicação têm uma relevância extraordinária para tentar explicar, motivar e envolver os profissionais e, numa fase seguinte, os próprios utentes na discussão do Plano Nacional de Saúde”

Fernando Araújo (ARS Norte)

dos países, sobre o tamanho da roupa para mulher ou no âmbito da restrição do consumo de tabaco em locais públicos.

Mas na actual sociedade “salutogénica”, o cidadão é, cada vez mais, chamado a tomar decisões de maneira autónoma. E compete aos profissionais de saúde trabalharem em conjunto com os cidadãos, a nível individual ou organizados através de associações, no sentido de os ajudarem a tomar as melhores decisões. Porque “sabemos que quanto maior for a capacitação e literacia, melhor saúde terão as populações”, ressalva Rui Lourenço.

“A saúde desempenha um papel importante na ajuda da governação, quer a nível dos serviços, quer na vida de cada um dos cidadãos, que têm que tomar decisões individuais. Hoje em dia, os cidadãos são chamados a tomar decisões que, no passado, outros os ajudavam a tomar ou a enquadrar. Estas questões vão ser importantes nos próximos tempos”, salienta ainda.

Por outro lado, a capacitação do cidadão é um aspecto fundamental na redução das desigualdades em saúde. “Sabemos que as desigualdades hoje não ocorrem só ao nível do acesso e da pobreza; advêm também do nível de capacitação e de literacia” dos cidadãos, explica o presidente da ARS do Algarve. E acrescenta: “Isso exige, da nossa intervenção em saúde, mecanismos que possam ajudar as pessoas a decidir melhor. Transferiu-se a

discussão do sistema e dos serviços para as pessoas”.

Os profissionais como agentes activos

O envolvimento dos profissionais num Plano Nacional de Saúde é essencial para assegurar o sucesso da sua execução. De acordo com o presidente da ARS do Norte, se os profissionais, desde fases muito iniciais, estiverem “estimulados a participar na discussão, se perceberem os argumentos e estiverem alinhados com as medidas e perspectivas, muito facilmente serão agentes activos na fase de execução” do Plano.

“Consideramos ser de uma relevância extraordinária a questão do envolvimento e da comunicação para tentar explicar, motivar e envolver os profissionais e, numa fase seguinte, os próprios utentes” na discussão do Plano Nacional de Saúde 2011-16, acrescenta Fernando Araújo.

Na experiência deste profissional, é necessário encontrar os meios e recursos tecnológicos mais adequados para comunicar com os diferentes públicos-alvo (profissionais de saúde), uma vez que estes têm diferentes perfis. “Debater o Plano num centro de saúde do interior do País exige intervenções diferentes das utilizadas num centro de Saúde do Porto”, explica. E acrescenta: “os instrumentos utilizados têm que ser alinhados aos diferentes locais onde queremos estimular os profissionais”.

Recorrendo a reuniões, à internet, aos emails ou a ofícios, na opinião do presidente da ARS do Norte, o importante é que os profissionais compreendam “que podem ajudar a construir o Plano, a participar e a dar a sua opinião”. Dessa forma, sentir-se-ão “mais valorizados”. Só assim “as nossas intervenções terão sucesso”, salienta.

O alinhamento regional/nacional

Para Rui Lourenço, é fundamental que as Regiões participem no processo de definição dos eixos de desenvolvimento do PNS 2011-16, bem como no que “pode caracterizar e dar acervo, em termos de informação”, ao planeamento nacional.

Isto porque, explica, “as Regiões precisam de estar alinhadas com o todo nacional no que diz respeito ao estabelecimento das prioridades e à forma como estas podem ser desenvolvidas”.

Em paralelo, as Regiões devem também desenvolver o seu observatório de saúde e perfil de saúde regional. O objectivo, defende o presidente da ARS do Algarve, é que as prioridades regionais, definidas de acordo com as especificidades da Região, quer “porque se identificam áreas prioritárias de actuação, quer para corrigir assimetrias em termos de desenvolvimento nacional, sejam comparáveis com outras Regiões do Continente, mas também com outras regiões da Europa”.

 ARS DO ALENTEJO

Uma perspectiva regional

O novo ciclo de Planeamento – Plano Nacional de Saúde 2010-2016 é um desafio estratégico para o país e a sua missão é preparar Portugal para responder aos principais desafios do mundo actual, como o envelhecimento da população, crescimento da prevalência de doentes crónicos, crescimento dos consumos com medicamentos, globalização e mudança cada vez mais célere, mudança epidemiológica, alteração do perfil dos consumidores, avanços científicos no tratamento da doença, pressão económica.

Para responder a este enquadramento é fundamental focalizar a actuação e o esforço social e económico através da definição de prioridades que devem passar por uma abor-

dagem de intervenção multidisciplinar e integrada de cuidados de saúde.

O papel das ARS resulta essencialmente de melhor conhecer as realidades regionais e locais, nomeadamente ao nível da identificação de necessidades, as limitações impostas pela estrutura de oferta existente, a natureza geográfica, evolução demográfica, económica, social e cultural de cada região.

Enquanto unidades descentralizadas as ARS deverão acompanhar de forma integrada todos os desenvolvimentos efectuados no âmbito deste processo, no esforço da sua implementação, bem como na sua monitorização, acompanhamento e avaliação.

Mas esta estratégia tem que estar asso-

ciada a todo o processo de financiamento das organizações de saúde, assim como à criação de um sistema de monitorização, acompanhamento e avaliação comum, nacional e regional do Plano Nacional de Saúde.

Participação e Cidadania

Os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Os cidadãos esperam que o Sistema de Saúde lhes facilite acesso a cuidados de saúde com qualidade, equidade e segurança no momento e local onde deles necessitam.

Um conceito abrangente de saúde é cada vez mais indissociável da família e da comunidade e será, por isso, importante assegurar a existência de equipas multiprofissionais que se possam articular e convergir para a prestação de cuidados de saúde globais tanto na especificidade do indivíduo e da família como, de forma mais abrangente, na comunidade.

Estudos internacionais demonstram que Países com cuidados primários mais bem organizados têm melhores resultados em saúde, custos mais baixos e maior equidade em saúde, sendo equidade na saúde a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos de saúde, de forma transversal, em grupos populacionais definidos social, geográfica ou demograficamente.

Cuidados de Saúde Primários, associados a melhores condições sociais e ambientais resultantes de políticas sociais e de saúde pública, constituem-se como factor determinante para se alcançar qualidade, efectividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades.

A reconfiguração dos centros de saúde está, assim, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados: maior proximidade, fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde.

A participação efectiva dos cidadãos e da comunidade nas estruturas de gestão dos cuidados de saúde primários equivale a um passo decisivo no sentido da reapropriação destas estruturas por parte da comunidade, enquanto dispositivo colectivo, solidário, de protecção e de coesão social.

A reorganização que está a ser operada através da reforma dos CSP deve ser comunicada aos cidadãos de uma forma planeada, sistemática e transparente.

Comunicar os objectivos das mudanças e das melhorias, que se pretendem alcançar, é um poderoso instrumento de gestão das expectativas que os poderes públicos devem garantir com a sua actuação.

A Organização Mundial da Saúde tem liderado as reflexões sobre os determinantes sociais de saúde. Estes são o conjunto de condições que envolvem as pessoas desde o seu nascimento, acompanham o seu desenvolvimento, as suas vidas, o seu trabalho e o seu envelhecimento englobando também, os sistemas de saúde. Estas circunstâncias são influenciadas pela distribuição de riqueza, poder e recursos, tanto a nível local, nacional e internacional, as quais resultam também, das escolhas políticas.

Os determinantes sociais de saúde são fortemente responsáveis pelas desigualdades em saúde – diferenças evitáveis e injustas nos níveis de saúde que são observados quando comparamos países ou regiões geográficas.

O modo como se definem as disparidades ou desigualdades em saúde possui uma evidente consequência política e prática que pode determinar não apenas quais os indicadores que são adoptados para

proceder à sua identificação pelos organismos internacionais e nacionais – ou mesmo ao nível local – mas também quais as actividades que receberão prioridade e recursos para as atacar.

A Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde, identificou três orientações fundamentais para as acções destinadas a reduzir as desigualdades em saúde, tanto a nível local, como global: melhorar as condições de vida diária das populações, abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, medir e compreender o problema, avaliando o impacto das acções empreendidas para as resolver.

O conjunto de medidas recomendadas para cada uma destas orientações incluem aspectos de carácter geral que já foram resolvidos,

como seja a obrigatoriedade do ensino secundário, mas apelam ainda para outras questões de resolução mais complexa e morosa: investimento na mudança comportamental, inves-

timento sustentado nas áreas rurais, respostas sustentadas às alterações climáticas, políticas económicas e sociais que possam assegurar trabalho seguro para homens e mulheres e rendimentos de acordo com os custos de vida.

Muitos críticos acham que as orientações da Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde são demasiado ambiciosas. Outros mostram-se cépticos quanto à possibilidade de implementar mudanças em tão larga escala no tecido social. Outros procuraram rápidas e pragmáticas soluções – atalhos que tivessem melhor acolhimento político.

Contudo, o essencial da mudança centra-se sobre o modo de fazer as coisas. Sem dúvida que colocar a justiça social e a equidade na agenda política, não é tarefa fácil. Porém, no momento em que existem claras orientações para levar à prática tais aspectos de equidade, seria um erro não as aplicar.

O que precisa de ser feito? Claramente, uma coisa simples: colocar em prática as orientações emanadas pela Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde, adaptando-as à realidade nacional. Na medida em que não existem (nem podem) soluções que sejam suficientemente transversais que possam ser aplicadas para realidades sociais díspares, teremos de ter como ponto de partida uma liderança de processos e instrumentos e equipas que se dediquem à identificação dessas desigualdades. Ao mesmo tempo, o envolvimento da sociedade civil será essencial, pois será a garantia de aplicação das várias medidas, através de mecanismos de tomada de decisão devidamente informada.

Todas as sociedades deverão ser capazes de resolver estas disparidades em saúde numa geração. Muitas serão as consequências se isso não for feito.

PNS e ACES

Depois do fracasso da Conferência de Copenhaga em Dezembro de 2009, pelo menos sobre o impacto das alterações climáticas na saúde dos cidadãos, não restam dúvidas sobre um conjunto diversificado de efeitos novos, a curto e longo prazo.

Desde logo, pelo risco acrescido de doenças infecciosas após as grandes intempéries, com redes de distribuição de águas e de saneamento seriamente afectadas (veja-se o caso recente da Madeira) ou do calor e das suas consequências, como em 2003, ano em que toda a Europa sentiu a severidade das ondas de calor e números de mortalidade surpreendentes.

Assim, para os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), apostados na vertente do reforço da cidadania, o PNS 2011-2016 pode e deve ser virado para as preocupações actuais e futuras dos Cidadãos e dos Profissionais de Saúde.

A primeira expectativa para o próximo PNS deve ser essa: tornar-se um instrumento de planeamento estratégico em Saúde e ser participado, conhecido (e lido) por todos os profissionais e unidades funcionais de saúde, públicas e privadas, de cuidados primários, hospitalares ou continuados, deixando de ser um documento de elites e pensadores e poder

corresponder à expectativa de se tornar um instrumento de cidadania.

A segunda, a de que os planos, nomeadamente verticais, sejam exequíveis, flexíveis e susceptíveis de adaptação às realidades regionais e locais, devendo ser esta última característica a sua tónica.

O envolvimento dos ACES na Comunidade está na essência da sua génese e funcionamento.

Tendo criado uma dimensão de escala, permite a proximidade da gestão às populações, uma abertura às organizações sociais, de cidadãos e de doentes, por exemplo, uma parceria com as estruturas autárquicas e respectivos órgãos executivos e de representatividade, um relacionamento funcional e técnico com as estruturas hospitalares de referência, um suporte às actividades de dimensão social exercidas no âmbito dos Cuidados Saúde de Primários (CSP) e, finalmente, um espírito de corpo e solidariedade aos profissionais que trabalham com as populações.

Representam os ACES mais um passo, porventura decisivo, na concretização da Reforma dos CSP, iniciada com o processo de implementação das USF.

Serão assim a gestão de proximidade das novas unidades funcionais.

Estas vertentes de Missão, são as linhas estratégicas da acção e desempenho dos ACES.

O futuro passa pelo trabalho a partir da caracterização e diagnóstico da situação de cada Agrupamento, identificação das suas carências e necessidades, definição dos respectivos mapas de recursos humanos, de equipamentos e financeiros, organização de todas as suas unidades funcionais, em particular ao nível das UAG (os motores de suporte e actividade gestórias), definição dos planos de acção e formação, desenho de indicadores de avaliação e monitorização dos resultados, num processo de transparência de processos e resultados.

Sempre em articulação directa com a sociedade civil, virada para o exterior, sem descuidar o desenvolvimento global dos seus profissionais.

Estão também implicadas no processo as ARS, que deverão ter a capacidade de dotar os ACES com a autonomia e os instrumentos fundamentais para se poder concretizar a mudança de cultura organizacional em curso.

Uma nova era, em Portugal, foi iniciada com as USF.

Que os ACES possam ser o passo seguinte, o próximo sucesso e os alicerces da reforma.

Rui Cernadas

Presidente do Conselho Clínico

José Carlos Leitão

Director Executivo

Por uma participação consequente

Participar é, acima de tudo, um dever. É dever de cada cidadão, de per si ou de uma forma organizada, fazer ouvir a sua voz sobre o que as instituições do Estado planeiam para o seu futuro, um futuro que por ser colectivo carece do contributo daqueles cujas vidas vão ser influenciadas.

E sendo um dever que é simultaneamente um direito, não pode nem deve ser renunciado. A sociedade civil deve assumir-se como agente activo da mudança, responsável pela construção de um futuro que se quer melhor. Deve ser envolvida desde a primeira hora, a da concepção dos planos estratégicos, como o que agora se debate para a saúde dos portugueses nos próximos cinco anos. As organizações que dão corpo à cidadania aportam à reflexão o valor acrescentado do olhar e da experiência dos cidadãos.

Mas a participação não se pode esgotar na auscultação. Envolver a sociedade civil no planeamento da saúde deve implicar uma ambição

maior: a da participação na concretização das metas definidas e pela mesma razão – porque são os cidadãos que interagem no terreno com as estruturas e os profissionais a quem cabe dar corpo ao plano. E porque são os elos finais de uma cadeia de decisores e executores aos cidadãos deve ser reconhecido, igualmente, o direito de monitorizar a execução do plano.

A participação não pode ser apenas uma premissa politicamente correcta. Nem para quem reconhece esse dever/direito nem para quem o reclama. Ela tem de ser consequente: mais do que auscultada, a sociedade civil tem de ser ouvida, apreendida, realmente incorporada na decisão.

A sociedade civil organizada constitui a face da sociedade mais atenta e mais activa, mais disponível para intervir, reivindicando e exercendo o papel de mediadora entre os decisores e os destinatários das decisões, aqueles que, inevitavelmente, mais precisam de ser ouvidos.

Na saúde, esse papel é protagonizado pelas associações de doentes, uma ponte entre os profissionais e os promotores de saúde e os utentes e beneficiários dos cuidados de saúde. É uma ponte que assenta em dois pilares fundamentais – formar e informar, ou seja, educar tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde, tanto na vertente da prevenção da doença como na da promoção da saúde.

E educar envolve a promoção da literacia em saúde, fundamental para que os doentes possam, de uma forma esclarecida e responsável, ser parte activa nas decisões de saúde. Do mesmo modo, educar implica a sensibilização dos utentes em saúde para a importância de uma utilização racional dos recursos disponíveis – só assim se concretizam a acessibilidade e a equidade.

Este é um papel que compete muito objectivamente às associações, não apenas a elas, mas também: porque são elas os melhores intérpretes da realidade. Foi, aliás, na assump-

ção desse papel que associações de doentes, profissionais e promotores de saúde coincidiram numa entidade de solidariedade e entrelaçada – a Plataforma Saúde em Diálogo.

Falar a uma só voz, tornando essa voz consequente é o denominador comum desta plataforma de vontades e esforços, disponível, com elevado sentido de responsabilidade, para dar o seu contributo para que o próximo Plano Nacional de Saúde seja um documento aglutinador de políticas articuladas e realistas tendo em vista um sistema de saúde mais eficaz.

Mas tendo em vista igualmente um sistema mais humano e solidário, que contribua para melhores indicadores de saúde mas também para reduzir as desigualdades, para promover a comunicação entre os diversos intervenientes, para proporcionar ao destinatário

final dessas políticas melhor informação, mais conhecimento, maior capacidade de compreensão e de decisão, mais poder e mais responsabilidade.

É essa a meta. Que apenas se alcançará de facto ouvindo a sociedade civil e incorporando as suas reflexões e propostas. No que à Plataforma diz respeito há, naturalmente, degraus que é essencial vencer. Em nome da saúde em diálogo, já percorremos um longo caminho, ultrapassámos obstáculos, concretizámos ambições. Mas no nosso horizonte os desafios são contínuos: o mais premente envolve a definição do conceito de doença crónica e do estatuto de doente crónico. Acreditamos que, assim, se conseguirá uma saúde mais igual para todos, que não discrimine, antes promova a acessibilidade.

Este é um objectivo de que não abdicamos e que, naturalmente, gostaríamos de ver reflectido no Plano Nacional de Saúde que está em discussão. Propomo-nos trabalhar em conjunto, porque estamos convictos de que é esse o futuro – trabalharmos juntos, Estado e sociedade civil, sem rivalidades que apenas consomem energias e nada produzem, por um bem comum: a saúde. Estamos, pois, abertos ao diálogo.

OPINIÃO

Cidadania em saúde – um modo de ver, de estar e de agir

Cidadania em saúde é apenas um aspecto particular da *cidadania* em geral. Pressupõe que cada pessoa, qualquer que seja o papel e posição que tenha na sua “*cidade*”, assume activamente as regras reguladoras da convivência, da pertença, do envolvimento, do dar e do receber na sua relação com os outros, no contexto em que vive.

No que respeita à *cidadania em saúde*, podem considerar-se aspectos comuns e aspectos específicos consoante os papéis que cada cidadão assume, num dado momento: *político, cliente de serviços de saúde, utilizador de cuidados, profissional de saúde, gestor de serviços, fornecedor de bens e serviços ao sistema de saúde*, etc. Porém, existe para todos um conjunto de *direitos-deveres* essenciais:

a) o direito a ser **reconhecido** como pessoa humana integral com características, necessidades, expectativas, preferências e aspirações próprias ... e o dever de os **reconhecer** reciprocamente nos outros;

b) o direito a ser **respeitado** na sua autonomia e dignidade... e o dever de os **respeitar** em si próprio e nos outros;

c) o direito a obter **respostas** adequadas dos serviços de saúde... e o dever de contribuir para que tais **respostas** sejam dadas a si e aos outros;

d) o direito a receber cuidados com **rigor** profissional (com competência técnica, justiça/equidade, verdade, honestidade e afectividade) ... e o dever recíproco em relação a

si próprio e aos outros naquilo que estiver ao seu alcance;

e) o direito a esperar **responsabilidade** por parte dos serviços e dos profissionais de saúde... e o dever de assumir também **responsabilidade** por si e pelos outros nos aspectos que estiverem na sua mão influenciar e controlar.

Estamos, portanto, perante um quadro de referência para a ***cidadania em saúde***. Um modo de ver, de estar e de agir assente em “5 r”: *reconhecimento, respeito, respostas adequadas, rigor e responsabilidade* – preceitos que se aplicam a todos, sejam profissionais de saúde, utilizadores dos serviços ou outros.

Os serviços e os profissionais devem procurar reconhecer, respeitar e responder o melhor possível às necessidades e expectativas dos seus utilizadores, para o que os devem *auscultar, envolver e facilitar* a sua *participação*, compreendendo e aproveitando as suas opiniões e experiências para desenvolver os serviços de saúde.

Por sua vez cabe ao utilizador, individualmente e/ou em grupo, informar-se, capacitar-se, respeitar, cuidar e promover a sua própria saúde, em tudo o que estiver ao seu alcance, bem como exigir participar e influenciar o desenvolvimento do seu sistema de saúde, enquanto património colectivo que a todos interessa.

De todos se espera e a todos se exigem atitudes e comportamentos de rigor e de responsabilidade a todos os níveis.

Porém, as condições, as atitudes e os comportamentos atrás preconizados não são ainda universais, nem surgem por geração espontânea ou por efeito mágico de *declarações*, de *planos* ou de *leis*. Exigem um longo caminho, já iniciado em muitos locais, feito de estudo, de iniciativas e experiências de participação, de investigação, reflexão, debate, de esforços persistentes e a consciência clara, sempre renovada, do sentido deste percurso. É este o desafio que deve ser traduzido em estratégias concretas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Vítor Ramos
Médico de Família

Microsite do PNS 2011-2016: um instrumento de consulta e envolvimento



Numa área tão complexa e com intervenientes tão diversos como acontece na saúde, a *web* oferece-nos possibilidades únicas para promover consulta e envolvimento. Sobretudo, para o Plano Nacional de Saúde ser reconhecido como útil, de qualidade técnica e estratégica, necessita de resultar de uma construção participada, aberta, transparente e bem informada.

Assim, foi criado o microsite do PNS 2011-2016 (www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016), com o intuito de colocar à disposição uma série de instrumentos de informação e participação:

- Vão ser disponibilizados estudos, documentos de análise e de reflexão nacionais

e internacionais, que pretendem informar a discussão do PNS.

- Serão solicitados contributos a instituições, associações, organizações não governamentais, etc., do sector da saúde e de outros sectores, que serão disponibilizados no microsite.
- Serão colocadas versões preliminares de temas e secções para discussão pública e reformulação.
- É possível comentar, enviar documentos ou iniciar em fóruns de discussão em cada artigo ou página publicada no microsite. Serão realizadas análises desta mesma participação, no sentido de identificar contributos para o PNS.

O microsite será um espaço de discussão e análise, bem como um repositório de estudos e documentos de apoio. Este espaço vai ao encontro das estratégias de implementação do plano de envolvimento do PNS 2011-2016, sendo um meio de comunicação privilegiado entre a equipa de trabalho, o cidadão e as instituições.

Numa versão inicial estão incluídas páginas de conteúdos referentes ao processo de construção; modelo conceptual; identificação de eixo estratégicos e de estratégias transversais ao PNS; processo de consulta e de envolvimento; e respostas a perguntas frequentes, entre outras.

Nas secções informativas, existe o sector de destaques, de contributos, comentários e a agenda de acontecimentos programados.

Há ainda a possibilidade de subscrição da *newsletter* electrónica, que é enviada para todos os que queiram receber as actualizações ao microsite, mantendo-os constantemente informados no decorrer dos trabalhos.

Pretende-se que este espaço seja um instrumento que traduza a envolvimento dinâmica do processo de construção do PNS 2011-2016 e o mecanismo preferencial na recolha e partilha de contributos. É o convite à participação activa de todos no planeamento estratégico da saúde.

A Comunicação no novo PNS 2011-2016

O objectivo final do processo de consulta e envolvimento no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 é obter um documento orientador para as políticas da saúde em Portugal, no qual os cidadãos se revejam. Só seremos bem sucedidos nessa missão se desenvolvermos um Plano de Comunicação que vise a criação de circunstâncias para informar, sensibilizar e auscultar os cidadãos, neste processo.

Durante décadas, a dinâmica dos fluxos de comunicação, na sociedade, colocou o cidadão no papel de receptor passivo: recebia as informações através da televisão, da rádio ou dos jornais, sem que se proporcionassem mecanismos de interacção directa e imediata.

No entanto, a emergência das novas tecnologias da informação veio introduzir uma mudança de paradigma. A Web 2.0, entendida como a fase da Internet que permitiu que o cidadão se tornasse produtor e emissor de informação (através da criação de blogs e wikis, da participação em fóruns e, mais recentemente, com o surgimento de ferramentas

como o Twitter e Facebook), veio contribuir para a alteração daquela realidade.

O cidadão já não necessita de ir ao encontro da informação: esta vai ter directamente com ele ao seu perfil pessoal nas redes sociais e ele pode, de forma imediata, responder e interagir com os emissores, replicar e partilhar a informação recebida.

Criou-se um novo espaço, o mais abrangente de sempre, para que qualquer cidadão expresse a sua opinião sobre os mais diversos assuntos. Esta mudança está a ter impacto na organização social, a vários níveis, e contribui para o estabelecimento de uma cultura diferente de envolvimento e participação.

Os cidadãos estão mais exigentes com a qualidade e disponibilidade da informação, bem como mais activos e envolvidos socialmente. A administração pública, os governos e as empresas terão que acompanhar este processo. Caso contrário, perderão credibilidade e competitividade, ficando cada vez mais distantes dos cidadãos.

É neste novo contexto que se está a desenvolver o Plano de Comunicação do PNS 2011-2016. Ao mesmo tempo que se promove um alargado processo de consulta e envolvimento, que abrange vários parceiros, de diversos sectores e aos diferentes níveis (nacional, regional e local), pretende-se executar uma acção de comunicação abrangente, com o objectivo de sensibilizar os cidadãos para o próximo PNS e cooptá-los a participarem na sua elaboração.

O novo microsite do PNS 2011-2016 é o centro da estratégia de comunicação. Constituirá um sítio privilegiado para a recolha de contributos e para o estabelecimento de diálogo, e será sempre uma porta aberta para as novas ideias, sugestões e opiniões. Proporcionará ainda um acesso contínuo e transparente à informação: a estudos, análises, documentos e dados estatísticos.

Em torno do microsite, se desenvolverão, ao longo do ano de 2010, outras acções que envolvem a utilização não só dos meios de comunicação de massas tradicionais (rádio

e televisão), mas também dos novos media sociais, que ganharam uma importância e impacto na sociedade que não pode ser ignorado.

Tomemos o Facebook como exemplo: se considerarmos o número de utilizadores, esta rede social hoje seria o 4º maior País do Mundo. É o segundo website mais visitado, só ultrapassado pelo Google. Integrar os media sociais nas estratégias de comunicação signi-

fica, actualmente, ir ao encontro dos cidadãos.

Como a estratégia de comunicação não pode ter apenas uma vertente nacional, é necessário desenvolver estratégias regionais, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, e locais, com os parceiros da sociedade civil.

A comunicação do PNS 2011-2016 implica uma acção de relações públicas concertada, que exige o envolvimento empenhado de

todos, o alinhamento de objectivos estratégicos e uma visão de futuro centrada na obtenção de mais e melhor saúde para cada cidadão.

Directório de Informação em Saúde

No sector da saúde existe uma multiplicidade de sistemas de informação formais e informais que recolhem dados de extrema importância. Para além disso, muitas outras áreas interferem com o estado de saúde e também devem ser acompanhadas e analisadas. Assim, a quantidade de sistemas existentes (mas nem sempre disponíveis) aumenta ainda mais. No entanto, ninguém sabe com rigor quantos existem, que dados contêm, com que periodicidade são actualizados, como se relacionam, etc.

No contacto com diversas pessoas e instituições constatámos que esta dificuldade de acesso à informação era partilhada por todos. Neste âmbito surge a ideia de construir um **Directório de Informação em Saúde**, acessível a todos, que permitisse uma visão global da informação disponível no contexto da saúde.

Este Directório será de grande utilidade na resposta às necessidades, avaliação e fundamentação dos objectivos estratégicos das várias instituições da saúde ou outras.

Com este Directório pretende-se melhorar a acessibilidade à informação, agrupando-se num só microsite o resultado do levantamento sistemático e organizado das características dos sistemas de informação/bases de dados (objectivos, variáveis, periodicidade da recolha, desagregações geográficas, responsável, formas de acesso, etc.) bem como de textos com resultados decorrentes da sua utilização. Assim, é possível associar aos dados o valor acrescentado da informação e conhecimento relevantes, que poderão sustentar estudos, políticas, práticas, avaliações, etc.

Para além da informação nacional são

também identificadas no Directório bases e documentos internacionais que envolvem Portugal.

A criação deste Directório permitirá, ainda, a partilha de experiências e conhecimentos entre os diferentes utilizadores (divulgar sistemas de informação e estudos através do preenchimento de um formulário online, comentar, sugerir, discutir/expor/esclarecer dúvidas sobre como trabalhar determinada variável, etc.).

Gostaríamos que este Directório fosse uma ferramenta dinâmica e centralizadora de diferentes pontos de vista e abordagens, construído a várias mãos. Solicitamos, por isso, a intervenção de todos.

Calendário



Organograma do Grupo de Projecto

(aprovado pela Ministra da Saúde em Setembro de 2009)

