

3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE

PARA UM FUTURO COM SAÚDE.



Alto Comissariado
da Saúde



Ministério da Saúde

3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE

PARA UM FUTURO
COM SAÚDE.



Alto Comissariado
da Saúde



Ministério da Saúde

PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde
3º Fórum Nacional de Saúde
Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. - 196p.

ISBN 978-989-8445-01-8

EDITOR Alto Comissariado da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9, 1.º piso
1049-062 Lisboa
PORTUGAL
Tel: + 351 213 305 076
Fax: +351 213 305 097
www.acs.min-saude.pt

DESIGN Syntaxe

1ª Edição - Lisboa, Outubro de 2011

ÍNDICE

O CONTRIBUTO DO SECTOR SOCIAL PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 89

- DEBATE **LINO MAIA** | CONF. NAC. DAS INST. SOLIDARIEDADE 12
 DEBATE **DUARTE VILAR** | ASS. PLANEAMENTO DA FAMÍLIA 11
 DEBATE **HENRIQUE BARROS** | CNSIDA 12
 CONTRIBUTOS PARA O PNS 2011-16 **JOSÉ MARIA ALBUQUERQUE** | ACS 23
 CONTRIBUTOS PARA O PNS 2011-16 **BELMIRA RODRIGUES** | DGS 23

ENVELHECIMENTO ACTIVO 89

- PRESIDENTE **MANUEL VILLAVERDE CABRAL** | INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS 25
 PAINEL **ANÍBAL REIS COSTA** | CM FERREIRA DO ALENTEJO 27
 PAINEL **ELZA CHAMBEL** | CN PROMOÇÃO DO VOLUNTARIADO 34
 PAINEL **VÍTOR RAMALHO** | FUNDAÇÃO INATEL 48
 PAINEL **MARIA JOÃO MARQUES** | FUNDAÇÃO AGA KHAN 49
 CONFERÊNCIA: POLÍTICAS DE SAÚDE PARA OS IDOSOS (BRASIL) **JOSÉ TELLES** | MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL 52
 CONFERÊNCIA: A SAÚDE E O IDOSO ACTIVO **JOÃO GORJÃO CLARA** | FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA 56
 DEBATE **JOÃO SEQUEIRA CARLOS** | ASS. PORT. MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL 59
 DEBATE **VITOR FEYTOR PINTO** | PASTORAL DE SAÚDE 62
 DEBATE **FERNANDO PÁDUA** | FUNDAÇÃO FERNANDO PÁDUA 65
 DEBATE **JOÃO NUNES ABREU** | ASSESSOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 66

JOVENS - ESTRATÉGIAS PARA UM FUTURO COM SAÚDE 89

- DEBATE **LUÍS ALVES** | INSTITUTO PORTUGUÊS DA JUVENTUDE 66
 DEBATE **MANUELA SOUSA** | OLÁ JOVEM 68
 DEBATE **GONÇALO CORDEIRO FERREIRA** | HOSPITAL D. ESTEFÂNIA 69
 DEBATE **BRUNO MARQUES** | ASS. ESTUDANTES FAC. FARMÁCIA UNIV. LISBOA 72
 DEBATE **ANA ISABEL, MARIANA E FILIPA** | EX-ESCOLA SECUNDÁRIA FERREIRA DIAS 73
 ENCERRAMENTO **ISABEL ALÇADA** | MINISTRA DA EDUCAÇÃO 74

3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE. EVOLUÇÃO DO PNS 2004-2010

ESTRATÉGIAS PARA O PNS 2011-16 89

- SESSÃO DE ABERTURA **PAULO FERRINHO E JORGE SIMÕES** | PRESIDENTES DO 3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE 78
 SESSÃO DE ABERTURA **MARIA DO CÉU MACHADO** | ALTA COMISSÁRIA DA SAÚDE 80
 SESSÃO DE ABERTURA **FERNANDO COUTO DOS SANTOS** | COMISSÃO PARLAMENTAR DA SAÚDE 82
 SESSÃO DE ABERTURA **ANA JORGE** | MINISTRA DA SAÚDE 84

HEALTH IN ALL POLICIES 89

- CONFERÊNCIA **ZSUZSANNA JAKAB** | DIRECTORA-REGIONAL DA OMS-EUROPA 88

EQUIDADE E ACESSO ADEQUADO AOS CUIDADOS 89

- CONFERÊNCIA **LUÍS PISCO** | MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 90
 PAINEL **JM CALDAS DE ALMEIDA** | CN SAÚDE MENTAL 92
 PAINEL **JUSTINO ROMÃO** | ASS. NAC. ESPONDILITE ANQUILOSANTE 94
 PAINEL **EDMUNDO MARTINHO** | INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL 95
 PAINEL **ISAURA VIEIRA** | INFARMED 98
 PAINEL **TERESA PIRES DE MATOS** | UCC ABRAÇAR QUELUZ 100
 DEBATE **ÁLVARO ALMEIDA** | ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE 104
 DEBATE **SÓNIA DIAS** | IHMT 107
 DEBATE **ROSÁRIO FARMHOUSE** | ALTO COMISSÁRIO IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL 112
 ESTRATEGA **LOUREIRO DOS SANTOS** 113

PROMOÇÃO DA CIDADANIA 115CONFERÊNCIA **ANTÓNIO BARRETO** | FUNDAÇÃO SOARES DOS ANTOS 116PAINEL **EMÍLIA NUNES** | DGS 118PAINEL **JOSÉ CARLOS LEITÃO** | ACES GAIA/ESPINHO 120PAINEL **ALEXANDRA MARQUES** | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO 122PAINEL **RITA ESPANHA** | ISLA-LISBOA E CIES-ISCTE 124PAINEL **VÍTOR RAMOS** | GRUPO DE PROJECTO PNS 2011-16 126DEBATE **CORÁLIA ALMEIDA** | CM SEIXAL 128DEBATE **EDUARDO MENDES** | CONCELHOS DA COMUNIDADE 130ESTRATÉGIA **LUÍS PORTELA** | HEALTH CLUSTER PORTUGAL 132**POLÍTICAS SAUDÁVEIS: SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS 135**PRESIDENTE **J. PEREIRA MIGUEL** | INSA 136CONFERÊNCIA **JOSÉ MANUAL CALHEIROS** | UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR 138PAINEL **ALCINDO MACIEL BARBOSA** | ULS ALTO MINHO 140PAINEL **PEDRO PIMENTEL** | CN DOENÇAS ONCOLÓGICAS 142PAINEL **PAULO COLAÇO** | PROGRAMA MARCHA E CORRIDA 146PAINEL **MANUEL CALDAS DE ALMEIDA** | UNIÃO MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS 147PAINEL **PAULO FERRINHO** | IHMT 149DEBATE **JORGE SOARES** | FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN 152DEBATE **CELESTE GONÇALVES** | RP CIDADES SAUDÁVEIS 154DEBATE **ZULMIRA HARTZ** | IHMT 156ESTRATÉGIA **LOUREIRO DOS SANTOS** 158**QUALIDADE EM SAÚDE 160**PRESIDENTE **JORGE SIMÕES** | PRESIDENTE DO 3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE 162CONFERÊNCIA **ANTÓNIO VAZ CARNEIRO E LUÍS CAMPOS** | FAC. DE MEDICINA DE LISBOA 164PAINEL **ALEXANDRE DINIZ** | DGS 166PAINEL **RUI CRUZ FERREIRA** | CN DOENÇAS CARDIOVASCULARES 167PAINEL **ARTUR VAZ** | HOSPITAL FERNANDO FONSECA 168PAINEL **INÊS GUERREIRO** | RN CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS 169PAINEL **PEDRO NUNES** | ORDEM DOS MÉDICOS 170PAINEL **AUGUSTA DE SOUSA** | ORDEM DOS ENFERMEIROS 171DEBATE **MANUEL TEIXEIRA** | ACSS 172DEBATE **JOÃO SÁ** | HOSPITAL DA LUZ 173DEBATE **JOSÉ LUÍS BISCAIA** | USF S. JULIÃO 174ESTRATÉGIA **LUÍS PORTELA** | HEALTH CLUSTER PORTUGAL 175**CONFERÊNCIA: PARA UM FUTURO COM SAÚDE 176**TESTEMUNHO GRAVADO **JORGE SAMPAIO** | ENVIADO ESPECIAL ONU LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 175CONFERÊNCIA **MANUEL PIZARRO** | SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE 176

3.º Fórum Nacional de Saúde - Para um futuro com saúde

Para George Steiner, a Europa tem uma dimensão humana: tem cafés, tertúlias, as ruas têm o nome das pessoas e é possível atravessá-la a pé (A ideia de Europa, Gradiva 2005). O que significa que a Europa, e Portugal como país europeu, é das pessoas e para as pessoas. É essa dimensão que se deseja para o próximo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016.

Em 2008, já estavam cumpridas 30% das Metas do PNS 2004-2010 e 85% dos indicadores referentes a mortalidade mostravam um decréscimo conforme programado. Mas este Plano, que foi pensado segundo o ciclo de vida e com envolvimento da sociedade civil e capacitação do cidadão, foi talvez demasiado vertical e centralizado.

O próximo terá de ser ainda mais envolvente, com parceiros públicos, privados e sociais. Os princípios orientadores e transversais serão a promoção da cidadania, a qualidade, o acesso aos cuidados e as políticas saudáveis. Os indicadores serão exequíveis e fiáveis, válidos e interpretáveis e as metas realistas, nacionais e regionais e temporalmente limitadas.

O Grupo de Projecto do PNS 2011-2016 já está constituído e foi aprovado pela Sr.ª Ministra da Saúde, em Julho de 2009. A coordenação é da responsabilidade bipartida de Paulo Ferrinho e Jorge Simões. O Gabinete Técnico é dirigido por Paulo Nicola com a assessoria de Maria Cortes, Carlota Vieira, Isa Alves e Luísa Couceiro.

A organização prevê, ainda, um Grupo de Peritos de diferentes áreas e um Conselho Consultivo que integrará os organismos do Ministério da Saúde e de outros Ministérios, Sociedade Civil, Ordens Profissionais e Autarquias.

A discussão pública será alargada e abrangente e, para isso, contamos com todos.

É neste contexto que estamos reunidos nestes dois dias no 3º Fórum Nacional de Saúde – para um futuro com saúde. Para além da reflexão sobre o anterior PNS, espera-se um debate construtivo sobre as prioridades do novo PNS 2011-2016, com todos os sectores da sociedade. Há sessões especiais para as IPSS, para os jovens e para os idosos, conferências e painéis, e um espaço de exposição.

A destacar as conferências: Saúde em todas as Políticas de Zsuzsanna Jakab (Directora Regional da OMS-Euro), Políticas de Saúde para os Idosos de José Telles (Assessor do MS do Brasil) e Para um Futuro com Saúde de Jorge Sampaio.

Neste fórum, é nosso desejo que, cada um dos 1200 participantes, sinta o novo PNS como o seu.

Maria do Céu Machado
Alta Comissária da Saúde

.PROGRAMA

Dia 8 de Março

8h30

Abertura do Secretariado

9h00 - 12h30

Auditório 1

O contributo do sector social para o Plano Nacional de Saúde

Presidente: Francisco George | DGS

Moderador: Teresa Caldas Almeida | ACS

Facilitadora: Fernanda Freitas | Companhia de ideias

9h00 - 11h00

Projectos desenvolvidos no âmbito do PNS 2004-2010 por Instituições Privadas sem Fins Lucrativos

Pausa para café

11h30 - 12h30 | Debate

Lino Maia | Conf. Nac. das Inst. Solidariedade

Duarte Vilar | Ass. Planeamento da Família

Henrique Barros | CNSida

Contributos para o PNS 2011-16

Presidente: José Maria Albuquerque | ACS

Moderadora: Belmira Rodrigues | DGS

9h30 - 12h30

Pavilhão 5

Envelhecimento Activo

Presidente: Manuel Villaverde Cabral | Instituto de Ciências Sociais

Moderador: Rui Portugal | ARS Lisboa e Vale do Tejo

Facilitador: Maria Elisa | Jornalista

9h30 - 10h30 | Painel

Programas de promoção da saúde nos idosos

Aníbal Reis Costa | CM Ferreira do Alentejo

Elza Chambel | CN Promoção do Voluntariado

Vítor Ramalho | Fundação INATEL

Maria João Marques | Fundação Aga Khan

10h30 - 11h00 | Conferência

Políticas de saúde para os idosos (Brasil)

José Telles | Ministério da Saúde do Brasil

Pausa para café

11h30 - 11h50 | Conferência

A saúde e o idoso activo

João Gorjão Clara | Faculdade de Medicina de Lisboa

11h50 - 12h30 | Debate

João Sequeira Carlos | Ass. Port. Médicos de Clínica Geral

Vítor Feytor Pinto | Pastoral da Saúde

Fernando Pádua | Fundação Fernando Pádua

João Nunes Abreu | Assessor do Ministério Saúde

12h30 - 14h00 Almoço

14h00 - 17h00

Pavilhão 4 e 5

Candidaturas de IPSS a Financiamentos do Ministério da Saúde

Workshops pelas Instituições Responsáveis

14h00 - 18h00

Auditório 1

Jovens - Estratégias para um Futuro com Saúde

Presidente: Luís Januário | Sociedade Portuguesa de Pediatria

Moderadora: Isabel Batista | Ministério da Educação

Facilitador: Maria do Céu Machado | ACS

14h00 - 15h30

Educação para a Saúde: Nutrição, Exercício físico, Álcool e consumo de substâncias, Acidentes, Sexualidade. Trabalhos desenvolvidos pelos alunos das Escolas Secundárias

Pausa para café

16h00 - 17h00 | Debate

Luís Alves | Instituto Português da Juventude

Manuela Sousa | Olá Jovem

Gonçalo Cordeiro Ferreira | Hospital D. Estefânia

Bruno Marques | Ass. Estudantes Fac. Farmácia Univ. Lisboa

Ana Isabel, Mariana e Filipa | Ex-Escola Secundária Ferreira Dias

17h00 - 17h30

Entrega de Prémios aos melhores Trabalhos pelas Ministras da Saúde e da Educação e Alta Comissária da Saúde

17h30 - 18h00 Encerramento



Alto Comissariado
da Saúde



Ministério da Saúde

.PROGRAMA

Dia 9 de Março

8h00

Abertura do Secretariado

9h00 - 10h00

Auditório 1

3º Fórum Nacional de Saúde. Evolução do PNS 2004-2010 Estratégias para o PNS 2011-16

Paulo Ferrinho e Jorge Simões | Presidentes do 3º Fórum Nacional de Saúde

Maria do Céu Machado | Alta Comissária da Saúde

Fernando Couto dos Santos | Comissão Parlamentar da Saúde

Ana Jorge | Ministra da Saúde

10h00 - 10h45 | Conferência

Auditório 1

Health In All Policies

Presidente: Ana Jorge | Ministra da Saúde

Conferencista: Zsuzsanna Jakab | Directora-Regional da OMS-Europa

Pausa para café

11h15 - 13h00

Auditório 1

Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados

Presidente: Fernando Araújo | ARS Norte

Moderador: Paulo Nicola | ACS

Facilitador: Miguel Mauritti | Jornalista

11h15 - 11h35 | Conferência

Conferencista: Luís Pisco | Missão para os Cuidados de Saúde Primários

11h35 - 12h30 | Painei

JM Caldas de Almeida | CN Saúde Mental

Justino Romão | Ass. Nac. Espondilite Anquilosante

Edmundo Martinho | Instituto da Segurança Social

Isaura Vieira | Infarmed

Teresa Pires de Matos | UCC Abraçar Queluz

12h30 - 13h00 | Debate

Álvaro Almeida | Entidade Reguladora da Saúde

Sónia Dias | IHMT

Rosário Farmhouse | Alto Comissariado Imigração e Diálogo Intercultural

Estratega: Loureiro dos Santos

11h15 - 13h00

Pavilhão 5

Promoção da Cidadania

Presidente: Constantino Sakellarides | Escola Nacional de Saúde Pública

Moderador: Rui Lourenço | ARS Algarve

Facilitador: José Alberto Carvalho | Jornalista

11h15 - 11h35 | Conferência

Conferencista: António Barreto | Fundação Soares dos Santos

11h35 - 12h30 | Painei

Participantes: Emilia Nunes | DGS

José Carlos Leitão | ACES Gaia/Espinho

Alexandra Marques | Ministério da Educação

Rita Espanha | Isla-Lisboa e CIES-ISCTE

Vítor Ramos | Grupo de Projecto PNS 2011-16

12h30 - 13h00 | Debate

Corália Almeida | CM Seixal

Eduardo Mendes | Conselhos da Comunidade

Estratega: Luís Portela | Health Cluster Portugal

13h00 - 14h30 Almoço

14h30 - 16h00

Pavilhão 5

Políticas Saudáveis: Saúde em Todas as Políticas

Presidente: J. Pereira Miguel | INSA

Moderador: Rosa Matos | ARS Alentejo

Facilitador: Mário Crespo | Jornalista

14h30 - 14h50

Conferência: Mais saúde nas nossas políticas

Conferencista: José Manuel Calheiros | Universidade da Beira Interior

14h50 - 15h30 | Painei

Alcindo Maciel Barbosa | ULS Alto Minho

Pedro Pimentel | CN Doenças Oncológicas

Paulo Colaço | Programa Marcha e Corrida

Manuel Caldas de Almeida | União Misericórdias Portuguesas

Paulo Ferrinho | IHMT

15h30 - 16h00 | Debate

Jorge Soares | Fundação Calouste Gulbenkian

Celeste Gonçalves | RP Cidades Saudáveis

Zulmira Hartz | IHMT

Estratega: Loureiro dos Santos

14h30 - 16h00

Auditório 1

Qualidade em Saúde

Presidente: Jorge Simões | Presidente do 3º Fórum Nacional de Saúde

Moderador: João Pedro Pimentel | ARS Centro

Facilitador: Nicolau Santos | Jornalista

14h30 - 14h50 | Conferência

Conferencista: António Vaz Carneiro e Luís Campos | Fac. Medicina de Lisboa

14h50 - 15h30 | Painei

Participantes: Alexandre Diniz | DGS

Rui Cruz Ferreira | CN Doenças Cardiovasculares

Artur Vaz | Hospital Fernando Fonseca

Inês Guerreiro | RN Cuidados Continuados Integrados

Pedro Nunes | Ordem dos Médicos

Augusta Sousa | Ordem dos Enfermeiros

15h30 - 16h00 | Debate

Manuel Teixeira | ACSS

João Sá | Hospital da Luz

José Luís Biscaia | USF S. Julião

Estratega | Luís Portela | Health Cluster Portugal

Pausa para café

16h45 - 17h15

Conferência: Para um Futuro com Saúde

Presidente: Jorge Simões | Presidente do 3º Fórum Nacional de Saúde

Testemunho gravado: Jorge Sampaio | Enviado Especial ONU Luta Contra a Tuberculose

Conferencista: Manuel Pizarro | Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

17h15 - 18h00

Cerimónia de encerramento

Entrega de Prémios pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde



Alto Comissariado
da Saúde



Ministério da Saúde



PARA UM FUTURO
COM SAÚDE







Temas

- Condições de Trabalho
- Segurança
- Qualidade do Cuidado
- Atividade Física
- Atividade Física
- Atividade Física
- Atividade Física
- Atividade Física

Atividade Física



O CONTRIBUTO DO SECTOR SOCIAL PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE

O CONTRIBUTO DO SECTOR SOCIAL PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE

ENVELHECIMENTO ACTIVO

JOVENS - ESTRATÉGIAS PARA UM FUTURO COM SAÚDE

O CONTRIBUTO DO SECTOR SOCIAL
PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE





DEBATE

LINO MAIA

CONF. NAC. DAS INST. SOLIDARIEDADE

Muito bom dia! É com muito agrado que estou aqui, saúdo a mesa e enalteço a ideia de terem convidado as IPSS e a CNIS para estarem aqui. Penso que não se pode pensar num Plano Nacional de Saúde sem uma audição clara, o reconhecimento e audição do contributo das instituições de solidariedade. Aliás, na primeira parte da manhã isso foi notório, já muito se faz, e muito bem, pelas IPSS neste país.

Gostaria de avançar três ideias. A primeira: quando falamos de economia social estamos a falar de um uni-



verso muito distinto, estamos a falar de muito voluntariado, também de muita actividade económica, de muitos agentes, de muitos profissionais, estamos a falar de muita coisa. Dentro da economia social, gostava de destacar o sector solidário, que é aquele que, de algum modo, mais represento. Só neste sector solidário, temos 2700 instituições filiadas na CNIS. Do Norte ao Sul, até à ilha mais ocidental dos Açores, temos IPSS, e esta capilaridade é, de facto, muito importante, fazem muito e muito bem. Destacava algumas características: são instituições da comunidade, de proximidade, da subsidiariedade e da gratuitidade. Ninguém está neste sector dirigindo para auferir qualquer provento.

Este sector da acção social normalmente é representado por três organizações: a União das Mutualidades,



que tem cerca de 80 filiadas; a União das Misericórdias, que tem perto de 400, 380 filiadas; a CNIS que tem algumas misericórdias, algumas mutualidades e depois aquele universo de centros sociais paroquiais, de associações de solidariedade social, de institutos...um sem número de iniciativas.

Ao pensarmos num Plano Nacional de Saúde convém, em primeiro lugar, dizer que é importante que o Estado conheça, reconheça e apoie estas iniciativas. Muitas vezes são ostracizadas. O dia de hoje é sinal de que estamos a dar um passo positivo em frente. Mas, muitas vezes são ostracizadas. Pensa-se que somos mais instituições exclusivamente de acção social, como se a acção social não fosse plurifacetada - aliás, uma primeira nota que gostava de sublinhar neste parâmetro é que falta alguma coorde-

nação na acção social neste país. Vemos a educação para um lado, saúde para outro lado, solidariedade social para outro. Era preciso haver alguma coordenação entre estes sectores. Um Ministério de Assuntos Sociais ou um avocar isto para a presidência do Conselho de Ministros era capaz de ser mais interessante, para haver coordenação.

Depois, é importante que se faça um pouco mais a partir das capacidades que já existem. Falava da capilaridade destas instituições, reparo que já fazem muito e muito bem, mas podem fazer bastante mais se, por exemplo, houver uma aposta clara em políticas de saúde de proximidade, a partir de equipamentos que já existem e que estão devolutos por todo esse mundo, por todas essas aldeias deste país, particularmente no interior deprimido, nas Beiras... Há muitos equipamentos, há mul-

tiplicação de iniciativas. Se às instituições de solidariedade for dada a oportunidade de apostar mais em políticas de saúde de proximidade, penso que se estará a dar um bom passo, no bom sentido, haverá uma economia de meios e haverá um melhor serviço à comunidade. Como introdução inicial, porque me foi dado apenas três minutos, terminava por aqui a minha primeira intervenção.



DEBATE

DUARTE VILAR

DIRECTOR EXECUTIVO DA ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DE FAMÍLIA

Muito obrigado pelo convite para estar aqui. Tenho meia dúzia de notas que tomei a partir das apresentações do debate desta manhã e também de outras coisas que temos vindo a conversar e a pensar, nestes últimos anos.

Em primeiro lugar, uma constatação absolutamente evidente: o Estado não chega para tudo e, por isso, as políticas de saúde contam não só com o sector público, mas com o segundo sector, portanto, o sector privado e com o terceiro sector que somos nós, o sector social da saúde.

Segundo comentário: penso que ficou muito evidente, ao longo das apresentações que foram feitas esta manhã, qual é o nosso papel enquanto sector social da saúde, e a riqueza e a diversidade que, neste momento, caracteriza o sector social da saúde.

Nós trabalhamos com os grupos mais vulneráveis a que muitas vezes ninguém chega, nós trabalhamos numa óptica de complementaridade e na prestação de serviços que, ou não são prestados ou são prestados de forma não suficiente, tendo em contas as necessidades da população. Nós contribuímos para a inovação e para a investigação e, portanto, colecionamos saberes. E, dado o nosso contacto próximo com a realidade social, somos capazes também de transmitir esta inovação e esta investigação em novos saberes, em novas experiências,

em novas metodologias. Nós somos capazes de mobilizar recursos, nomeadamente o voluntariado, e somos também capazes de contribuir para a definição das políticas, nomeadamente das políticas de saúde.

Terceiro comentário: a lei 186/2006. Eu penso que a lei 186/2006 possibilitou, de facto, um desenvolvimento enorme de projectos e eu penso que tem sido, de facto, um apoio grande ao desenvolvimento do sector social, nomeadamente no sector social da saúde. E também criou novas necessidade porque, ao apoiar novos projectos e ao apoiar novos serviços que as organizações desenvolveram para a população, criou novas necessidades e criou novas necessidades de saúde.

Um quarto comentário: as intervenções de manhã mostraram também duas realidades um diferentes. Há que distinguir o que são projectos, por exemplo, a produção de módulos, o desenvolvimento de estudos, o desenvolvimento de projectos inovadores e avaliados, etc., ou seja, projectos que começam e acabam, têm uma temporalidade definida; são sobretudo projectos voltados para a inovação, e em relação a estes projectos a lei 186/2006 penso que está bastante bem adaptada. E depois há que referir outros cuidados de carácter mais continuado e regular, nomeadamente, todos os programas que foram apresentados aqui para a prevenção e apoio a pessoas toxicodependentes, a questão da saúde oral, a questão de cuidar dos cuidadores e apoiar os cuidadores, que são projectos que não têm princípio e fim. São projectos que podem ter princípio mas que pressupõem uma continuidade para além da própria temporalidade do projecto.

Um quinto comentário na sequência disto: é aqui que a contratualização entre o Ministério da Saúde e sector social tem falhado bastante e está atrasado em relação a outras experiências que já existem no nosso país, nomeadamente, a contratualização entre o Estado e o terceiro sector na área da acção social e, também a própria contratualização entre o Ministério da Saúde e o sector privado da saúde. A contratualização entre o Ministério da Saúde e o terceiro sector, ou o sector social, está reduzida ao apoio a projectos com a temporalidade máxima de quatro anos e eu penso que, neste ponto, a lei 186/2006 está completamente desadequada à realidade e às necessidades das IPSS e às necessidades que as próprias IPSS criaram na população.

Por outro lado, também notei ao longo da apresentação dos projectos, que existe alguma confusão entre

o que é apoio social e o que é apoio social na área da saúde. Por exemplo, a experiência da Abraço é uma experiência muito interessante porque parte de projectos que foram financiados na área da saúde e que estão, neste momento, a ser contratualizados com segurança social mas, obviamente, que nem todos os projectos podem e devem ser contratualizados com a segurança social, se são projectos na área da prevenção da saúde, na área do tratamento, na área do apoio psicossocial, na área da prestação de cuidados de saúde.

Portanto, eu terminaria com 3 ou 4 recomendações em relação ao que se segue.

Em primeiro lugar, penso que o sector social tem que ser ouvido e sublinharei de novo uma coisa que já se disse aqui várias vezes – na própria formulação do novo Plano Nacional de Saúde. Existem já boas práticas neste aspecto: por exemplo, a APF com outras ONG, fazem parte do Fórum da Sociedade Civil para o VIH-SIDA, e temos tido uma relação boa com a Coordenação Nacional para o VIH-SIDA. Este fórum constitui um bom exemplo de como a sociedade civil pode ser ouvida e consultada.

A segunda coisa é que é preciso, de facto, mudar a lei 186/2006 no sentido de se serem possíveis outros apoios que não sejam apoios a projectos que começam e acabam, que criam necessidades e que frustram depois a população ao acabarem. De facto, foi dito aqui que se algum dia as IPSS deixassem de prestar determinados cuidados, isso seria um problema. Ora, há IPSS que estão a deixar de prestar cuidados porque pura e simplesmente os projectos chegam ao fim e não são continuados.

Por outro lado, também, nesta óptica da contratualização, é preciso rever os próprios tectos de financiamento que estão disponíveis neste momento, ao abrigo da lei 186/2006 e que são um pouco reduzidos em relação ao que é possível ser feito, de facto, pelo terceiro sector, na saúde.

Para acabar, eu gostava de, já agora, de dar aqui uma informação. Há um movimento de IPSS da saúde no sentido de estudar uma proposta para a revisão da lei 186/2006, nós vamos encontrar no dia 30 de Março pelas 15h, na Associação de Comércio de Lisboa, com finalidades de saúde, é já um primeiro passo no sentido de estudarmos outras hipóteses de contratualização entre o sector social e o Estado.

Um terceiro aspecto é a questão da acreditação e da qualidade. Eu penso que as IPSS da saúde e o sec-

tor social da saúde devem ser objecto de um processo de acreditação e desenvolvimento da qualidade, aliás, à semelhança, mais uma vez, do que está a ser feito na área da segurança social.

Por último, houve aqui uma nota em relação a um centro de saúde que estava a participar num projecto, eu penso que essa nota foi apenas a florada – levanta aqui a questão de uma melhor articulação entre o sector social e os serviços de saúde e o Estado. E, nomeadamente, penso que um espaço que pode ser muito importante é os Conselhos de Comunidade que estão a ser criados ao abrigo da nova organização dos ACS, dos agrupamentos dos centros de saúde.



DEBATE

HENRIQUE BARROS

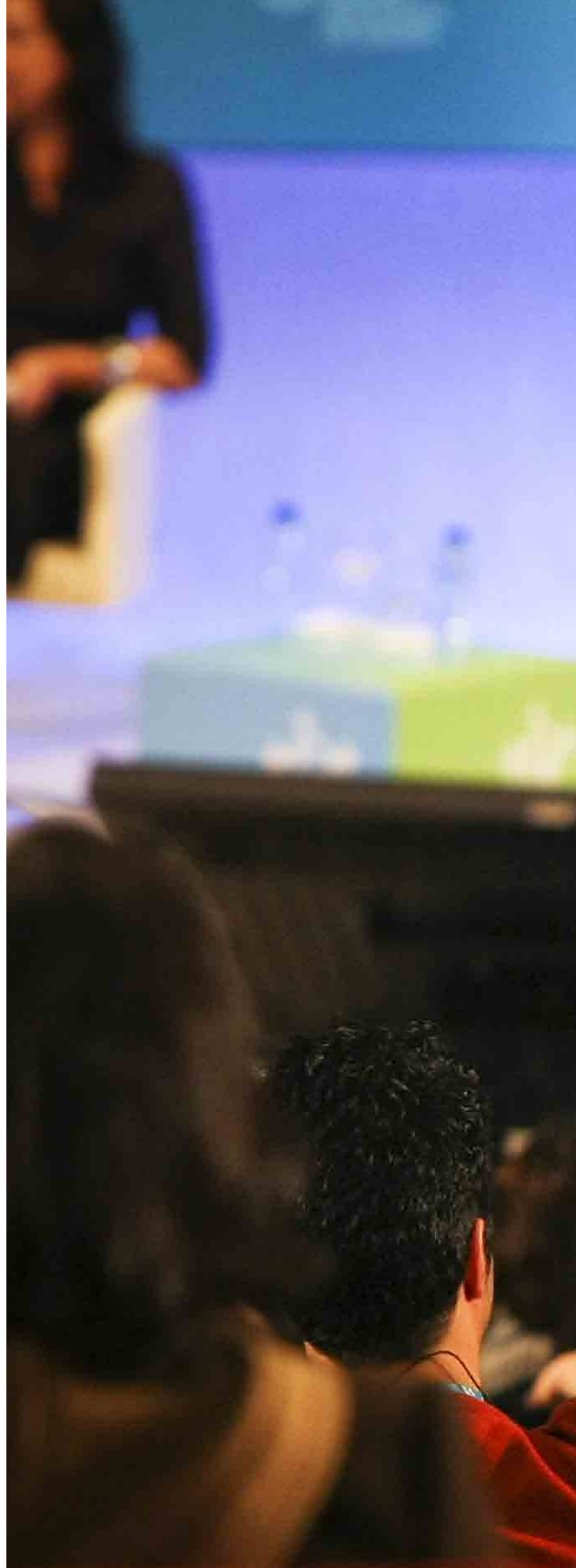
CNSIDA

Boa tarde! Tanta pergunta em tão pouco tempo. Não augura nada de muito bom, mas... Interrogo-me porque é que estou aqui, sinceramente, e imagino que seja porque a SIDA, para usar esta expressão mais simples, foi um exemplo extraordinário em todo o mundo de mudança do papel das pessoas que estão fora dos sistemas de decisão, como mola essencial para mudar essa decisão. E isso em Portugal também aconteceu. Talvez não com a dimensão ou com o peso em que aconteceu noutros países onde, inclusivamente, mudou a própria agenda da indústria farmacêutica, mas aconteceu. Porque, se quisermos ser rigorosos, a capacidade das estruturas governamentais de responder a um problema que, mais do que um problema de saúde, era um problema de discriminação e de estigmatização, era muito pequena, foi muito pequena, e continua a não ser a ideal.

Também não se pode imaginar que a saúde possa tomar completamente conta de um problema que está muito, e em muitos aspectos, para além dela. Se aquilo que aqui nos traz é o papel do sector social no Plano Nacional de Saúde, parece claro, olhando para o que foi o Plano e para o que possa ser o novo Plano, que não faz sentido pensar um Plano fora de uma ideia de como se gere a saúde. Acredito que a saúde deve estar essencialmente centrada num Serviço Nacional de Saúde que é coberto pelos nossos impostos. Nem toda a gente pensa assim.

O que fica e o que advém do papel da liberdade das pessoas se organizarem é essencial. E a SIDA também é um bom exemplo porque mostrou, em muito poucos anos, como as coisas mudam demasiado. Se me permitem quase uma metáfora, uma metáfora darwiniana: são os mais capazes de responder à mudança, aqueles que forem mais capazes de evoluir, que seguramente vão estar mais perto daquilo que interessa e vão ser aqueles que sobrevivem melhor. Acredito, pegando neste exemplo, como exemplo que não é tão generalizável quanto à primeira vista possa parecer, que é essencial ser capaz de perceber aquilo que deixou de ter interesse, porque a própria doença muda, porque as próprias circunstâncias sociais mudam, porque a própria natureza das pessoas envolvidas muda. Perceber aquilo que deixa de ter interesse, não insistir nisso, ter uma grande capacidade de avaliar, de perceber, de aprender com os erros, de errar melhor, como dizia o Beckett e encontrar as coisas que são verdadeiramente necessárias.

Do lado governamental, se me permitem, o fundamental é ter uma lógica transparente de contrato com as pessoas que estão no terreno e que sejam capazes de responder a essas necessidades, mas sem uma espécie de segunda coluna no Plano que diga quanto queremos investir. Toda essa discussão me parece terrivelmente vazia de resultados.





CONTRIBUTOS PARA O PNS 2011-16

JOSÉ MARIA ALBUQUERQUE

ACS

Muito bom dia a todos. Agradeço a vossa presença. Quero cumprimentar de forma particular o Senhor Professor Jorge Simões e o Senhor Professor Paulo Ferrinho, na qualidade de co-organizadores deste Fórum, e quero cumprimentar a mesa: o Senhor Reverendo Padre Lino Maia, o Senhor Doutor Duarte Vilar e o Senhor Professor Henrique de Barros. Vamos ter como moderadora a Doutora Belmira Rodrigues e como facilitadora a Doutora Teresa Caldas de Almeida que já tiveram o prazer de conhecer esta manhã.

O Alto Comissariado da Saúde iniciou o processo de construção do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 de forma a (i) reflectir e analisar criticamente sobre o estado de saúde dos portugueses, do Sistema de Saúde e, nele, do Serviço Nacional de Saúde, (ii) adoptar as melhores recomendações e orientações nacionais e internacionais sobre política de saúde (relembro que teremos em breve os resultados da avaliação independente do PNS 2004-2010 e a performance do Sistema de Saúde português que o Ministério da Saúde solicitou à Organização Mundial de Saúde Europa) bem como (iii) promover o envolvimento amplo de intervenientes e actores de modo a suscitar (eu diria até provocar...) a apreciação e discussão pública institucional deste instrumento estratégico. A sua visão e áreas temáticas são já públicas:

- Reafirma e reassume os valores do PNS actual: justiça social, universalidade, equidade, solicitude e solidariedade, e constrói-se sobre o acervo da sua experiência e do seu património.
- Dá continuidade a (um número menor de) objectivos, estratégias e à monitorização de resultados, mantendo

no entanto os seus objectivos estratégicos: obter ganhos em saúde (monitorização e avaliação dos indicadores); centrar a mudança no cidadão; garantir a existência sustentada de instrumentos adequados à sua execução, desde os recursos humanos aos financeiros.

- Identifica conceptualmente quatro temas transversais, mobilizadores, sinérgicos e criadores de enfoque, quatro eixos estratégicos, a saber: a cidadania (entendida na dimensão dos direitos políticos, civis e sociais, nomeadamente no direito à protecção contra a pobreza e a exclusão, mas também os deveres, com a co-responsabilização do cidadão quanto às suas escolhas); equidade em saúde em todas as políticas, operacionalizável por políticas públicas e sectoriais saudáveis; o acesso (estamos no terceiro) como obtenção de cuidados adequados e de forma adequada e no que isso implica, desde a reorganização das redes de prestação, às mudanças culturais dos cuidados e da atitude perante eles (e dou o exemplo da discriminação positiva para os mais vulneráveis, a orientação para a pessoa, a continuidade, coerência e integração dos serviços) e, finalmente, a qualidade (seja o grau de satisfação de requisitos a nível estrutural e processual) na utilização de recursos e na adequação dos serviços aos resultados projectados,

- Naturalmente, especifica os instrumentos e mecanismos de implementação e acompanhamento do Plano,

- E desenvolve parcerias estratégicas com outros espaços/níveis de planeamento. Esta participação ampla envolve as instituições do Ministério da Saúde e de outros Ministérios; as ARS; os ACES; as Ordens; as associações profissionais; as associações de doentes; os consumidores; associações de consumidores; os municípios; as academias....

Em resumo: procura-se maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração dos esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco, já o disse, no acesso, qualidade e cidadania.

Começando por identificar os principais determinantes sociais de saúde, relacionando intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, sua minimização, controlo e reabilitação adequadas, quer ser um instrumento e um guião identificador dos papéis/ responsabilidades dos vários actores, políticas consensuais ou, pelo menos, convergentes e procura a rentabilização dos recursos, monitorização do impacto da avaliação, constituindo-se como referencial comum de planeamento, monitorização e avaliação em saúde.



Serei telegráfico nos demais temas a aprofundar em análises especializadas, sem preocupação maior em os hierarquizar. Refiro:

- O Planeamento de Recursos Humanos em saúde,
- Os Sistemas de Informação em Saúde e Tecnologias de Informação e Comunicação, e nele se inclui um plano de comunicação que atende a vários público-alvo,
- A integração da saúde nas estratégias e políticas de desenvolvimento e ordenamento do território,
- Os cuidados de saúde primários, secundários e continuados, bem como,
- A análise de planos, programas e projectos; uma comparação internacional de Planos Nacionais de Saúde, de modo a harmonizar a evidência e a evidência científica, as recomendações nacionais e internacionais e o planeamento estratégico institucional.

Tudo isto com a intenção clara de uma participação tão ampla quanto possível, pela necessidade, não só de criar um Plano com importância, mas também e sobretudo, um Plano com futuro!

O micro-site do PNS 2011-2016 está operacional, desde hoje, e vai incluir versões comentadas e documentos em discussão; um fórum público; inscrição e registo da newsletter; pedidos públicos de parecer; discussões mediadas, etc. Também o boletim “Pensar Saúde”, de periodicidade bimensal, e mais de 4000 endereços só de distribuição electrónica, dará um ponto de situação dos contributos dos representantes e pontos focais das instituições envolvidas, bem como os instrumentos do ACS como o canal Mais Saúde e a rede social Twitter, estarão envolvidos no processo de



sensibilização pública.

Antes de passar a palavra à Doutora Belmira Rodrigues, que vai moderar, como disse, o debate, e a Doutora Teresa Caldas de Almeida, que fará de facilitadora, deixo-me somente sublinhar a sua oportunidade e a sua dimensão de expectativa:

No cronograma do processo de construção do PNS 2011-2016 é no fim do primeiro trimestre de 2010 que, após a constituição do grupo de coordenação, o gabinete técnico, a designação dos grupos de peritos, o conselho consultivo e o início da realização dos estudos e análises e pareceres especializados, se abre a consulta e as audições públicas, convidando desde já os actores como as IPSS, no âmbito dos seus mandatos e das suas responsabilidades, à mobilização e participação, para a produção de um PNS como um compromisso, mas também como base para uma expectativa social sobre o nosso Sistema de Saúde.

Permitam-me, na simplicidade aparente de uma citação de Marco Aurélio, o estóico das “Meditações” a que tantas vezes recorro, expressar a ideia que é também uma vontade: “Nada do que possa ser bom para a colmeia deixará de ser bom para as abelhas”. Muito obrigado!



CONTRIBUTOS PARA O PNS 2011-16

BELMIRA RODRIGUES

DGS

Muito obrigado pela apresentação Senhor Alto- Comissário Adjunto. Facilitou muito o meu trabalho como moderadora!

A sua apresentação foi muito importante, porque permitiu-nos perceber que lentes vamos usar no novo Plano Nacional de Saúde. Os quatro eixos referidos no novo Plano- acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania- funcionam exactamente como lentes. São uma nova forma de se olhar para a Saúde. O modelo de organização por programas verticais continua a fazer sentido, mas este novo Plano pretende incluir uma nova abordagem, que permita uma visão muito mais integradora. Estas quatro lentes permitem isso, permitem que haja a tal visão integradora, menos fraccionada em programas verticais.

Estes quatro eixos correspondem a áreas muito importantes para os cidadãos e para as organizações da sociedade civil, como representantes dos interesses e necessidades dos cidadãos e doentes.

São quatro eixos que permitem um olhar mais sistémico sobre a saúde. Aquilo que funciona num programa vertical pode claramente ser a solução para um outro programa.

Quatro eixos que, como referi, são muito prezados pela sociedade civil: a promoção da cidadania, a questão das políticas saudáveis, o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade dos cuidados. Eu fiz um levantamento de algumas questões colocadas por representantes das associações no primeiro período da manhã deste Fórum que, curiosamente, se centram sobre o que se discute neste novo Plano. Passo a referi-las: Na perspectiva destes representantes 1) é necessário perceber qual é a agenda política para a saúde; 2) é necessário perceber o papel que as associações podem ter na concepção e desenvolvimento deste Plano, ou seja devem-se

envolver as associações desde o início do processo; 3) é necessário que haja um envolvimento real, porque as associações, as sociedades científicas, ou seja as organizações da sociedade civil, devem ser agentes activos neste processo. Ou seja, há um interesse manifesto, e legítimo, por parte destas instituições em participar, desde uma fase inicial, na elaboração do Plano Nacional de Saúde. E é por isso que estamos aqui reunidos.

Referiram ainda uma questão, também ela importante, que passo a indicar: porque não replicar os bons exemplos que existem ao nível das organizações da sociedade civil na estrutura do Ministério da Saúde?

São exactamente estas as questões que nos trazem aqui. Porque este é o momento de se avaliar as necessidades reais dos cidadãos; de se perceber que necessidades têm de ser espelhadas neste Plano Nacional de Saúde; de se entender quais as expectativas que a sociedade civil tem; quais os ganhos em saúde que consideram importantes.

Por outro lado, este é o momento de se aprender com as boas práticas. Há efectivamente exemplos de projectos no terreno, desenvolvidos por associações, empresas privadas e públicas que podem servir de boas práticas. Que são bons exemplos. E são bons exemplos em termos de ganhos em saúde, mas, mais do que isso, são bons exemplos de uma visão e de um trabalho mais integrador, porque funcionam de uma forma articulada, de uma forma integrada. E são essas boas práticas que nós temos que multiplicar e, para isso, temos que as conhecer. Portanto, tudo isto são questões que trago para este debate. Quais são as necessidades de saúde e as expectativas dos cidadãos para o novo Plano Nacional de Saúde?; que ganhos em saúde devemos considerar?; que boas práticas podemos multiplicar? e, antes de mais, será que as quatro lentes que se pretende utilizar no novo Plano Nacional de Saúde permitem, só por si, uma visão mais integradora? Podem existir outras? E, por último, como medir tudo isto? Ou seja, como medir os ganhos em saúde?

São, então, estas as questões que começo por lançar para debate e discussão.











ENVELHECIMENTO ACTIVO

O CONTRIBUTO DO SECTOR SOCIAL PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE

ENVELHECIMENTO ACTIVO 

JOVENS - ESTRATÉGIAS PARA UM FUTURO COM SAÚDE





DEBATE

MANUEL VILLAVERDE CABRAL

INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

O envelhecimento activo, acerca do qual vamos falar a seguir, é uma ideia que tem vindo a ganhar muita força e a transformar-se numa multiplicidade de políticas públicas, bem como de acções e recomendações dos profissionais de saúde. Na realidade, com a idade, todos vamos interiorizando, por experiência própria, que aquilo que se designa por envelhecimento activo começa com uma vida activa. Por outras palavras, a melhor preparação para um envelhecimento activo é manter, se possível, ou seja, se as condições de saúde e outras condições de natureza sócio-económica o permitirem, hábitos saudáveis e um estilo de vida física e mentalmente activo.

É isto que faz com que o envelhecimento activo não possa ser apresentado como uma panaceia universal para os processos reais de envelhecimento; de outro



modo, já teríamos o problema resolvido. Ora, a verdade é que nem todos temos a mesma possibilidade de nos prepararmos activamente para o envelhecimento. Uma dimensão importante, espero que ela não deixe de ser abordada, é evidentemente a preparação para a reforma, que constitui, em todos os estudos existentes a este respeito, uma ruptura para a qual umas pessoas estão mais preparadas do que outras, não só no plano económico, como é óbvio, mas também do ponto de vista mental e cultural.

Efectivamente, o segredo do envelhecimento activo reside, claro está, na segunda parte da expressão: está na actividade e, nomeadamente, nas actividades de índole cognitiva. O primeiro projecto do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, em vias de



realização com o apoio da Fundação Francisco Manuel dos Santos, dirigida pelo meu colega António Barreto, debruça-se concretamente sobre as dimensões relacionais que alimentam, por assim dizer, o suporte cognitivo de um envelhecimento desejavelmente activo. As redes de relacionamento social são, pois, uma espécie de recataguarda da preparação para a reforma e, de uma forma geral, para uma ocupação dos tempos livres activa e socializada por parte das pessoas mais velhas. É, portanto, em larga medida uma questão de sociabilidade e do desenvolvimento de redes sociais. Não me compete, no entanto, fazer agora um discurso sobre esta matéria.

Os estilos de vida saudáveis e os bons hábitos de saúde são, evidentemente, uma componente fundamental do chamado envelhecimento activo. Como o estu-

dioso da evolução do Sistema Nacional da Saúde e da forma como a população portuguesa se relaciona com ele, tanto do ponto de vista atitudinal como dos seus comportamentos, permite-me dizer que, entre 2001 e 2008, quando fizemos os nossos estudos, tem havido uma melhoria muito apreciável neste plano.

Contudo, a aquisição de hábitos saudáveis e estilos de vida activos é, por um lado, assumida de forma crescente pelas camadas mais jovens e mais instruídas, o que lhes dá uma vantagem suplementar em relação às pessoas mais velhas e com níveis de instrução menores; por outro lado, também se nota já nos estudos que fizemos que muitas pessoas idosas também melhoraram os seus hábitos de saúde, embora isso normalmente só ocorra em situações de doença que levam à preconização, por parte dos médicos e dos outros profissionais de saúde, à adopção desses hábitos. Em resumo, há uma evolução muito sensível e que nos deixa esperança. Tudo isso seria melhor se começasse antes de surgirem os problemas de saúde, mas fica a mensagem para aqueles que lá fora nos venham a escutar.

Termino chamando a atenção para o facto de que, em estudos internacionais comparativos, a qualidade de vida na reforma é experienciada em Portugal de forma particularmente negativa em comparação com outros países da União Europeia. Em parte, isso explica-se pelo baixo nível económico e de instrução que a maioria dos reformados mais velhos traz do passado. Trata-se de um fenómeno contra o qual não é fácil lutar mas é uma dimensão de ruptura social a considerar, em especial quando associada à viuvez, mais nos homens do que as mulheres, levando muitas vezes a situações de solidão e de isolamento, duas condições muito ligadas entre si, embora possam não se sobrepor totalmente. Por seu turno, reforma e viuvez estão associadas, em muitos casos, a situações de dependência.

Em resumo, esta é, digamos, a imagem negativa do envelhecimento com a qual temos também que lidar, enquanto se promove o envelhecimento activo. Assim, são bem-vindas todas as actividades sociais em que as pessoas idosas e menos idosas se possam inserir, precisamente a fim de combater esse destino que, até certo ponto, tem marcado o envelhecimento e o grande envelhecimento, a partir dos 80 anos, em Portugal.



PAINEL: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS IDOSOS

ANÍBAL REIS COSTA

CM FERREIRA DO ALENTEJO

Então, muito bom dia a todos e a todas. Queria agradecer, naturalmente, a vossa presença aqui hoje, mas também naturalmente, o convite endereçado pelo Alto Comissariado da Saúde. Nós temos, obviamente, muito orgulho, muita satisfação em estar aqui presentes para vos falar de algo considerado uma prioridade enquanto actividade municipal. Temos, ao longo destes anos, tido uma grande evolução em termos de abordagens para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Passámos naturalmente de um paradigma de grande aposta na construção civil, obras públicas - o chamado, às vezes pejorativamente, betão - para um paradigma muito mais vocacionado para o ambiente, a acção social e educação.

Temos procurado reflectir isso um pouco na nossa actividade municipal e, modéstia à parte, penso que o temos conseguido bastante bem. Queria também dizer que a Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo tem desenvolvido estas e outras actividades sempre de uma

forma inovadora na sua abordagem. A emergência de novos processos de exclusão social e a persistência de certas desigualdades sociais forçou-nos necessariamente a encaminharmo-nos para um outro tipo de actividade, para outro tipo de abordagem relativamente à melhoria da qualidade de vida das pessoas. Um território é, por si só, um território equilibrado, sustentável, se as pessoas que lá viverem puderem ter acesso a um número considerável de mais-valias relativamente a outros territórios ou relativamente à média nacional. Pensamos que Ferreira do Alentejo, nesse aspecto, tem feito um bom caminho e tem apostado numa nova política social, mais inovadora, activa e eficaz.

Este trabalho terá sempre que ser desenvolvido com outras entidades. Temos parceiros privilegiados para isso, que são seis freguesias do concelho de Ferreira do Alentejo - e temo-lo feito com grande articulação entre elas e com outras entidades de solidariedade social, designadamente Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Alentejo e uma outra associação de desenvolvimento local: a Associação de Desenvolvimento de Terras do Regadio, que, curiosamente, executa o programa Ferreira em Rede para a Inclusão que, numa das suas acções tem como objectivo, precisamente, proporcionar à população sénior do concelho momentos de lazer, de convívio, com uma oferta integrada de actividades de animação, como actividade física, trabalhos manuais, encontro anual de idosos, carnaval, natal, encontros de São Martinho, etc., visitas a locais de interesse. Mas, tendo em atenção que só este programa não ia ao encontro das necessidades da população idosa do concelho, entendemos em devida



altura criar o SAI – Serviço de Apoio ao Idoso. O Serviço de Apoio ao Idoso, como está aqui referido, é um serviço que se integra um programa mais vasto de outras medidas de apoio social, designado por Ferreira Solidária. Este Serviço de Apoio ao Idoso quis essencialmente fazer as coisas de forma diferente. Em vez de esperar que os idosos ou as famílias fossem ao encontro da Câmara Municipal, à entidade pública mais próxima deles, quisemos que este serviço saísse da Câmara Municipal e fosse responder às várias situações de carência social que se verificam entre a população idosa.

Nessa perspectiva, dividimos este projecto em 6 programas: programa Mais Saúde, em que se aposta claramente no transporte e acompanhamento do idoso às consultas quando nem ele, nem ninguém da família o possa ajudar, no sentido também dos próprios serviços municipais procederem à marcação de consultas médicas e acompanhamento a farmácias; Por uma Vida Activa, que se constitui essencialmente de aulas de dança e ginástica, actividades muito bem aceites entre a população idosa. Por via da intervenção municipal, tem tido uma grande força, uma grande actividade, de forma sustentada tem conseguido chegar a muitas pessoas; colóquios, com temas alusivos às doenças da terceira idade, com um carácter mais informativo; o programa Vamos à Praia, que mais não é que um programa que durante os meses de Verão leva vários idosos, de acordo com os critérios estabelecidos pelos serviços competentes e pelas próprias freguesias do concelho, a passear e a ter um conhecimento de outra realidade que podem descobrir. O programa Horizontes, visitas histórico-culturais, passeios

mensais, mês do idoso; o baptismo de voo: a Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo foi das primeiras câmaras do país a levar idosos a passear de avião, algo que lhes aumenta substancialmente a auto-estima e que lhes dá uma visão muito mais alargada, até pelo facto de a maioria nunca ter tido ocasião de andar de avião.

Queremos realizar já este ano a primeira Feira Sénior. O Programa Habitação e Banco Alimentar - na sequência de solicitações ou diagnóstico de uma situação de risco, o SAI encaminha e trabalha em colaboração directa com os serviços municipais e com a Loja Social. A Loja Social foi um projecto que já foi amplamente divulgado a nível nacional, inclusive tivemos a felicidade de várias televisões nacionais divulgarem um projecto de grande valia, que mais não é do que um banco de géneros alimentares, vestuário e outro tipo de objectos de utilidade na vida do dia-a-dia, que são doados por particulares. Temos conseguido envolver a comunidade neste projecto e temos conseguido, por esse ponto de vista também, uma grande adesão de voluntários nesta Loja Social. Também o Serviço de Apoio ao Idoso colabora com a Loja Social. O Espaço Informativo, no sentido de divulgar os diversos direitos e apoios dos idosos; o complemento solidário ao idoso, apoios económicos, ajudas técnicas, reformas e pensões e a Câmara Municipal durante este ano está amplamente, com toda a sua força, destinada a criar a Universidade Sénior no concelho. Deixo-vos só aqui apenas uns retratos destas actividades, fazendo votos para que esta vossa apresentação tenha servido os vossos propósitos.



PAINEL: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS IDOSOS

ELZA CHAMBEL

CN PROMOÇÃO DO VOLUNTARIADO

Muito bom dia. Muito obrigada pelo convite à Senhora Alta Comissária e à organização do Fórum. O Dr. Rui Por-

tugal esqueceu-se de uma coisa na apresentação: eu sou velha também, com muito gosto.

A inversão da pirâmide etária, resultante da diminuição do número dos nascimentos, bem como do aumento da esperança média de vida, associada a uma maior qualidade de vida, abrem à velhice novas perspectivas. Estamos a viver mais tempo. Vale a pena, então, preocuparmo-nos em manter a saúde física, intelectual e emocional, de forma a podermos realmente desfrutar deste acréscimo de vida que nos está a ser concedido.

Kofi Annan, na sessão de abertura da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 2002, em Madrid, referiu que a expansão do envelhecer não é um problema, é sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A pessoa idosa detém um conjunto de experiências e conhecimentos que não pode, nem deve ser negligenciado e desperdiçado porque, também segundo Kofi Annan, os velhos são os intermediários entre o passado, o presente e o futuro.

Neste sentido, torna-se necessário, e o Professor Villaverde Cabral já falou nisso, uma educação para a velhice, desde as idades mais precoces, através do encontro e convívio de várias gerações. A solidariedade intergeracional é uma estratégia que deve ser cada vez mais estimulada, numa realidade de contínuo envelhecimento demográfico e contribuirá certamente para uma atitude diferente perante o envelhecimento, criando uma consciência positiva quanto às capacidades e competências das pessoas idosas, ao nível da sociedade em geral. Mas precisamos de começar a olhar para esta fase da vida, que anteriormente era só associada à inactividade, com vontade de continuar a fazer uso do conhecimento e experiência acumulada, organizando a nossa vida de forma mais livre e sem tantos constrangimentos.

Para a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento activo é um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento e, assim, a necessidade das políticas para a terceira idade assentarem nos princípios de independência, participação e auto-realização da dignidade da pessoa idosa, devendo ser respeitada a diversidade individual, visto tratar-se de uma faixa etária ampla e heterogénea. O conceito de envelhecimento activo encerra, quanto a mim, em si mesmo, grande importância para as socie-

dades actuais, pois parece ser a chave que nos permitirá enfrentar os três grandes desafios do nosso tempo: o demográfico, o económico e o sociocultural.

A idade diminui certamente algumas das nossas aptidões, mas favorece e desenvolve também outras. Nós, os mais velhos - e temos que assumir que somos nós mesmos que temos que tratar disso - temos que ser capazes de encontrar novas ocupações, novas actividades e de arriscarmos novas aprendizagens e, fundamentalmente, aceitarmos que o envelhecimento não é um drama, é uma fase da vida que em nada deve afectar a nossa auto-estima. Com mais bengala, menos bengala, com mais ruga, mais cabelo branco, mas continuamos a gostar de nós mesmos e daquilo que fazemos.

O voluntariado é uma actividade que promove, por um lado, a aquisição de novas aprendizagens e, por outro, o desenvolvimento das competências já adquiridas. O facto de ser exercido de forma gratuita não o impede de ser muito compensatório para todo o que comprometidamente - eu não me canso e reforçar a palavra compromisso, comprometido - aceitam actuar como agentes de mudança num mundo que todos gostaríamos que fosse mais justo e mais humanizado. Ser voluntário, creio que estou a responder ao Dr. Rui Portugal, é assumir uma atitude de cidadania activa, é entender que o Estado não consegue ter resposta para todos os problemas e que, afinal, todos somos responsáveis por todos.

O voluntariado assenta em três pressupostos: gratuitidade, compromisso e competência. Três pressupostos que poderão ser garantidos independentemente da idade, do género, das qualificações e da própria condição física. Em Portugal, 15% dos voluntários envolvidos em projectos organizados por uma organização que tem programas de voluntariado têm mais de 65 anos. Por vezes, empenham-se em projectos que não têm nada a ver com as suas vivências anteriores. Mas, noutras ocasiões, colocam a render as competências profissionais adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida activa, por exemplo, como em dois projectos desenvolvidos em Évora, por voluntários enquadrados pela Fundação Eugénio de Almeida, em parceria com a Biblioteca Municipal. Dois projectos muito simples mas que mudam a qualidade de vida. Um dos projectos denominou-se Prazer em Conhecer e promovia visitas guiadas à biblioteca para grupos de idosos e crianças, em simultâneo, que não tinham até então tido contacto com esse espaço cultural, acompanhando as visitas com momentos de leitura. O outro, teve o nome

de Pontes de Leitura e o objectivo é levar livros que os próprios voluntários seleccionavam, aos centros de dia e lares de idosos, organizando, de acordo com um plano mensal e com periodicidade regular, sessões colectivas de leitura comentada, para os utentes daqueles estabelecimentos. Eu não resisto a contar que havia utentes daqueles estabelecimentos que eram analfabetos, não sabiam ler, mas guardavam o jornal debaixo do braço, para que a senhora quando lá voltasse da próxima vez, podia não levar o jornal, e continuar a ler o jornal, atrasado ou não, eram as notícias. Ao nível europeu, o programa Grundtvig, Senior Volunteer Projects, que é a aprendizagem ao longo da vida, tal como existe o programa Erasmus, tal como existe o programa Sócrates, para os mais novos, tem como objectivo promover a aprendizagem ao longo da vida, apoiando e desenvolvendo projectos de intercâmbio de voluntariado sénior entre organizações de dois países diferentes. Este programa, destinado a cidadãos europeus de mais de 50 anos, oferece uma nova forma de mobilidade que lhes permite aprender, partilhar conhecimentos e experiências, num país diferente, num país europeu diferente do seu, devendo cada organização enviar e receber dois a seis voluntários, durante um período de três a oito semanas. Quais são os objectivos do programa? Aumentar competências pessoais, linguísticas, sociais e interculturais dos participantes; contribuir para o desenvolvimento e implementação de actividades sem fins lucrativos, num país diferente do seu, como uma forma de aprendizagem informal mútua, e ainda fazer beneficiar as comunidades envolvidas neste intercâmbio, através dos conhecimentos, competências e experiências dos voluntários seniores. Portugal vai entrar agora num destes programas, através de uma associação de voluntariado de Mértola, num programa de transmissão de receitas culinárias transmitidas por seniores, voluntários seniores de quatro países: Portugal, Espanha, França e Itália, a jovens de outros países, e realmente é um projecto que vai começar a decorrer em 2011 e 2012 e conseguimos, é gerido por uma organização francesa, mas vamos ter Portugal também.

Mas há mais projectos de troca de voluntariado em saúde, através de programas que realmente estamos a noticiar, como organização portuguesa, para realmente também entrar voluntários em saúde, para fazerem intercâmbio. Em Portugal não há muitos programas de voluntariado em que a idade seja um requisito fundamental. E para mim isso é muito positivo porque todos ganha-

mos com a construção de uma sociedade intergeracional, três, quatro gerações a trabalharem em conjunto. O envelhecimento diz-nos a todos de forma diferente, porque as diferenças entre as pessoas são muito grandes e há vidas mais penalizadas do que outras, em termos de autonomia e independência. Mas ter um sentido para a vida, manter laços fortes com os outros e preservar a auto-estima em relação a si próprio, ajuda bastante a aceitar o envelhecimento de forma positiva. Segundo o tal *mood*: para o ignorante, a velhice é o inverno da vida, para o sábio, é a época da colheita. É no Outono que se fazem as colheitas, e não será o Outono umas das mais bonitas estações do ano? Muito obrigada.



PAINEL: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS IDOSOS

VITOR RAMALHO

FUNDAÇÃO INATEL

Queria antes de mais nada, agradecer à Senhora Alta Comissária, o amável convite que me fez para estar presente e intervir nesta sessão, saudar os membros da mesa e os meus colegas e dar duas ou três brevíssimas notas relativamente às múltiplas actividades que a Fundação INATEL, a que presido, desenvolve, particularmente no domínio para que fui convidado a tomar a palavra. No domínio das respostas ao turismo sénior a, Fundação, a que presido gere vários programas chamados governamentais e entre eles o do Turismo Sénior, que tem por objectivo ocupar os tempos livres dos nossos beneficiários com mais de sessenta anos de idade. Para o efeito organizamos cerca de 800 programas anuais de uma semana, para estes mais idosos que se candidatam a eles. Esses 800 programas são muito variados e envolvem desde visitas a monumentos nacionais e portanto ao conhecimento da nossa própria história, passando por visitas a teatros, a fei-

ras, entre outros locais com integração em actividades lúdicas que dêem, aos idosos, o conhecimento do país. O Senhor Presidente referiu e bem que quase todos nós nos habituámos a ver os chamados autocarros do turismo sénior. Nesta gestão nós, Inatel, tratamos de tudo. Há a ideia – errada – que as pessoas vão apenas para as unidades empresariais que nós temos, 19 hotéis, de excelente qualidade aliás, desde estalagens, até unidades de grande dimensão, passando por representações da própria Fundação em todos os distritos. Ao gerirmos o programa, gerimo-lo para responder às preocupações da época baixa que existe na procura dos hotéis e que, obviamente, se ressentem num país que é um país em que há uma atractividade turística muito forte. Na época baixa, entre Outubro e Maio, a procura baixa. Apenas cerca de 17% dos idosos, que são pessoas a partir dos 60 anos que se candidatam a estes programas, ocupam as nossas unidades. As unidades hoteleiras que se candidatam ao programa, preenchem o remanescente da procura. A Inatel gere assim as candidaturas das unidades hoteleiras, os concursos para os autocarros, para as refeições e por aí fora, numa actividade que levou a que este ano, fruto da crise, a União Europeia, reconhecesse o nosso mérito e de tal forma, que recomendou e universalizou aos países que dela fazem parte, aos 27, a ideia de o desenvolverem através do intercâmbio entre países, num novo conceito que é suportado num programa em estudo denominado “Calypso”. Por esta razão, para termos ideia, a partir do dia 14 deste mês até final de Maio, vão participar no programa cerca de 40 000 pessoas que se candidatam normalmente. Qualquer pessoa se pode candidatar a ir a estes programas e a integrá-los num dos 800 subprogramas que temos. Eles estendem-se entre Outubro a Maio – repito – um período da época baixa, mas não envolvem apenas o turismo sénior, envolvem também o chamado Programa de Saúde e Termalismo, que é um programa que responde a preocupações preventivas ou curativas da saúde, com ocupação do tempo livre em termas. E, tal como sucede com os hotéis, as termas candidatam-se a poderem alojar as pessoas e a tratá-las. Enquanto o primeiro programa tem uma duração de 8 dias, este, o segundo, é de 15 dias e a Inatel organiza tudo e portanto o pagamento cobre rigorosamente todas as actividades, desde a hospedagem, à alimentação, as viagens, às deslocações, as idas a teatros, a cinemas e por aí fora. O mesmo se passa no termalismo.

O valor que se paga é em função do rendimento de cada candidato. As pessoas de mais parcos recursos, pagam 60€ por tudo isto, os mais elevados, 300. O Estado cobre a diferença, mas como a nossa gestão foi muito racionalizada, essa diferença é quase ridícula. Para se ter uma ideia do benefício económico o que se deve salientar numa altura de crise, e é importante referi-lo, neste programa, segundo o estudo que foi feito pela Universidade de Aveiro, ele salvaguarda 1000 empregos por ano, é responsável pelo arrecadamento para o Estado de três euros por cada um despendido contribuindo ainda para o reforço do bem-estar das pessoas, para a coesão nacional e é ainda um factor determinante para o desenvolvimento das regiões.

Para além destes programas existem outros. É a Inatel que acolhe emigrantes portugueses com mais de 60 anos e que estão há mais de 10 anos no estrangeiro, e que ao arrepio daquilo que é corrente, não tiveram êxito económico nos seus processos emigratórios. São pessoas pobres que não têm sequer possibilidades de vir a Portugal por recursos próprios. Fazemos isso duas vezes por ano, agora em Maio são cerca de 50 pessoas que vêm, e em Outubro, outras tantas, em colaboração com a TAP e com a Secretaria de Estado das Comunidades. Para se ter ideia e para se ver a força que representa esta nossa dimensão humana de Portugal, um dos últimos casais que encontrei tinha cerca de 80 anos cada um. A mulher tinha ido com três anos para a Venezuela. Na viagem morreu-lhe o pai e quando chegou morreu-lhe a mãe, poucos anos após ter chegado. Ela tinha mais dois irmãos e acabou, com uma força absolutamente hercúlea, por vencer com dignidade as dificuldades, mantendo um porte verdadeiramente notável. São estas histórias que nos enriquecem e é este orgulho que nós temos de servir também neste exemplo. Para além deste programa, denominado “Portugal no Coração”, temos um outro que é o “60+”, fruto desta experiência que temos desenvolvido e que o Governo Regional dos Açores agora também leva a efeito para os mais idosos, com uma contribuição muito baixa, de 25€, por cada sénior que se candidate.

A Inatel tem aliás um vasto património que envolve um conjunto de parques desportivos, desde o parque de jogos 1º de Maio, aqui em Lisboa, o parque de Ramal no Porto e cada um dos distritos tem um. Nestes programas que estamos a desenvolver associamos sempre actividades de natureza desportiva, com monitores preparados,

em função da idade. Só o estádio 1º de Maio tem diariamente uma frequência de 6500 pessoas, uma parte significativa delas, de idosos. Esta actividade é complementada com uma grande actividade para a juventude. Este ano, já com a nova administração, outorgámos um acordo com o Ministério da Educação, para que estas respostas aos mais idosos sejam estendidas às escolas, fruto da necessidade de reforçarmos na nossa sociedade e neste mundo incerto, tudo o que tenha a ver com valores e princípios. E o Ministério respondeu positivamente e vamos integrar, à semelhança do que sucede com os mais velhos, 5000 jovens, este ano, no período da época alta, neste caso no Verão, por razões óbvias, para a juventude estar connosco e para, de acordo com os outros programas, termos também uma experiência de tipo novo. V. Exas têm à vossa exposição o Teatro da Trindade, passo a publicidade, que hoje tem uma peça verdadeiramente notável, de um grande escritor que foi prémio Nobel da Literatura, Dario Fo, e simultaneamente com isso, todas as quartas-feiras, também para os mais idosos, levamos os grandes cantores portugueses e às quintas-feiras temos tertúlias com os homens do pensamento português. Começámos há muito pouco tempo e provavelmente a Elisa e o Villaverde Cabral e outros que estão aqui passarão por lá muito brevemente porque isso também corresponde a um desafio que tem a ver a com a nossa sociedade. Muito obrigado.



PAINEL: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS IDOSOS

MARIA JOÃO MARQUES

FUNDAÇÃO AGA KHAN

As minhas primeiras palavras são, naturalmente, de saudação e agradecimento à Alta Comissária da Saúde.

Permitam-me igualmente, cumprimentar os participantes neste painel e agradecer a presença de todos vós. É um prazer, em nome da Fundação Aga Khan, fazer parte deste painel intergeracional.

A Fundação, em Portugal, tem três eixos prioritários claramente definidos. Um eixo que visa a inclusão das pessoas mais vulneráveis, com enfoque na inclusão dos imigrantes e das minorias e na promoção do diálogo intercultural. A educação de infância consubstancia o segundo eixo. A terceira prioridade traduz-se na promoção do envelhecimento activo.

A metodologia de intervenção tem recorrido a duas linhas metodológicas que interagem e se complementam: (i) apoiar a investigação, o debate e a partilha de experiências; (ii) apoiar ou desenvolver iniciativas piloto, devidamente avaliadas e potencialmente replicáveis.

Com o objectivo de aprofundar o conhecimento sobre o envelhecimento e de contribuir para dar resposta aos desafios relacionados com esta realidade, a Fundação Aga Khan promoveu, em 2008, um estudo de avaliação das necessidades dos seniores, estudo esse que está disponível no site da Fundação (www.akdn.org/portugal). O estudo foi desenvolvido por um consórcio composto pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU) e pelo Boston Consulting Group, contando com outros especialistas nacionais e internacionais, nomeadamente da Universidade de Sheffield (Institute for Studies on Ageing).

No estudo foram considerados três grandes domínios de análise:

um primeiro domínio que procura avaliar o mercado sénior na óptica da oferta e da procura de serviços de apoio à população neste segmento etário;

um segundo domínio que procura conhecer políticas, estratégias e programas dirigidos aos seniores e mapear boas práticas a nível internacional que possam constituir referenciais de actuação à escala nacional;

um terceiro domínio que procura compreender o mercado internacional, designadamente quanto ao fenómeno das migrações internacionais de reforma e o seu impacto em Portugal bem como o papel desempenhado por empresas multinacionais presentes o sector da prestação de serviços para os seniores.

Para este estudo, procurámos ouvir directamente os principais interessados. Foram inquiridas cerca de 1400 pessoas com 55 ou mais anos. O estudo procura dar pistas em relação a:

que desempenho os diferentes prestadores deverão ter, como condição para a promoção da inclusão social?

como mobilizar e concertar estratégias, vontades e recursos dos mais variados prestadores de cuidados aos idosos, num quadro de escassez de recursos?

que prioridades definir, junto de quem, como e em que territórios?

que orientação para a oferta, como evoluir na continuidade, que novas abordagens e como assegurar o seu sucesso, a sua eficiência e a sua eficácia?

que papel a família tem e terá, que responsabilização, que suporte, que capacitação, o que é necessário fazer junto das famílias no sentido de poderem apoiar melhor as pessoas mais idosas do seu agregado familiar?

em relação ao sector informal, o que teremos de fazer em termos de qualificação, de formação, que atenção dar ao fenómeno dos seniores que migram para Portugal e como aceder as grupos mais vulneráveis, sabendo que há diferentes grupos em condições especiais de vulnerabilidade?

Uma das ideias chave que gostaria hoje de partilhar com todos vós é a de que ser idoso não é um estado. O envelhecimento em si não é algo problemático. Considera-se idosa a pessoa com idade superior a 65 anos, definição que pauta as estatísticas e os programas apesar da heterogeneidade deste grupo etário. É um erro olhar para os 65 anos como uma espécie de barreira que assinala um antes e um depois.

É importante, como nos assinala o estudo e um documento das Nações Unidas desfazer, de uma vez por todas, alguns mitos:

as pessoas idosas são todas iguais;

homens e mulheres envelhecem da mesma maneira;

as pessoas idosas são frágeis;

as pessoas idosas já não contribuem ou são um fardo para a sociedade.

No entanto, o facto de não se conotar negativamente a velhice, não deve pelo contrário levar-nos a desvalorizar as situações de vulnerabilidade. A verdade é que a população sénior apresenta uma multiplicidade de vulnerabilidades e necessidades, havendo alguns segmentos particularmente vulneráveis. Com efeito, identificaram-se ao nível nacional, cinco segmentos da população sénior que concentram em si mesmos inúmeras fragilidades, que lhes conferem uma maior vulnerabilidade: os seniores mais idosos (com 85 ou mais anos de idade); os mais pobres; os que vivem sozinhos;

as mulheres; e, por fim, os que vivem em áreas predominantemente urbanas com dinâmicas familiares mais frágeis. Estes segmentos, como concentram em si um conjunto de fragilidades, poderão necessitar de uma maior atenção na formulação de políticas, estratégias e programas.

Gostaria de salientar uma das conclusões do estudo, relativamente à análise da oferta em Portugal que revela baixas taxas de penetração da indústria dos serviços e cuidados aos seniores. Com efeito, o sector público é responsável por cerca de 80% da oferta de cuidados e serviços, em articulação com associações não lucrativas. O Estado, em articulação com as organizações não lucrativas, responde sobretudo às populações mais carenciadas, sendo a resposta ao segmento com maior capacidade financeira dada pelos operadores do sector privado. Este facto resulta numa lacuna no mercado em termos de serviços para idosos com rendimentos médios e médios-baixos. O sector privado – englobando operadores formais e informais – ainda desempenha um papel menor na prestação de serviços de cuidado aos idosos. Estima-se que o sector informal está direccionado sobretudo para os cuidados domiciliários, em grande medida assegurados por mulheres imigrantes e sem formação para o efeito. Pode haver aqui também uma pista para a formulação de programas, de iniciativas que, de alguma forma, qualifiquem estes cuidadores informais. O sector formal, que está centrado nos cuidados residenciais, é ainda dominado pelos operadores de pequena escala.

Relativamente à análise da procura em Portugal, estima-se que a procura de serviços pagos de cuidados a idosos cresça impulsionada por alguns factores. Vou mencionar alguns deles. Desde já, o envelhecimento da população: estima-se que, em 2050 em Portugal, 1/3 da população seja sénior. Portugal surge já entre os países mais envelhecidos a nível mundial, ocupando o 10º lugar em percentagem de idosos. Outro dos factores subjacentes à procura de serviços pagos de cuidados, prende-se com o aumento da idade média da reforma que reduz a disponibilidade de tempo dos familiares, nomeadamente por parte das filhas e noras entre os 50 e os 65 anos que são as principais prestadoras de cuidados. Por outro lado, há que salientar as mudanças culturais, nomeadamente a abertura das gerações mais novas, como futuros idosos e prestadores de cuidados familiares, aos serviços pagos de cuidados a idosos.

Antes de terminar a minha comunicação, gostaria de deixar alguns desafios que me parecem importantes para o futuro:

Urge uma parceria mais afectiva entre um leque cada vez mais diversificado de actores. Urge, por exemplo, que as empresas e as entidades empregadoras promovam estratégias facilitadoras de conciliação entre a vida profissional e a familiar dos seus trabalhadores, nomeadamente de estratégias de promoção de prestação de apoio à família. Destaque-se, a título exemplificativo, a estratégia desenvolvida pela IBM, que fornece um seguro de saúde aos seus trabalhadores e respectivos descendentes e ascendentes.

Ao Estado, compete, cada vez mais, o desafio de desenvolvimento de políticas de apoio e protecção aos cuidadores familiares, para que o cuidado dos seus ascendentes não constitua uma pressão familiar. Há cada vez mais estudos que demonstram o stress a que os cuidadores familiares estão sujeitos quando têm que cuidar dos seus ascendentes. Mas também aqui o Governo tem promovido uma série de programas como, por exemplo, o PARES que aumentou significativamente o número de vagas em centros de dia, lares, serviços de apoio domiciliários.

Deixo também um desafio ao nível da investigação, empresarial ou académica. Importa conhecer e desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre as dinâmicas inerentes às redes de solidariedade familiar dos diferentes grupos minoritários. Constituindo-se Portugal progressivamente como um importante destino na rede internacional de migrações, que acolhe imigrantes e minorias étnicas provenientes de diversas origens geográficas, com culturas e valores familiares distintos, será absolutamente necessário compreender as diferentes ideologias subjacentes a cada um deles, de modo a desenvolverem-se estratégias de diferenciação positiva no apoio aos cuidadores informais familiares de diferentes nacionalidades.

Finalmente, todos os parceiros sociais, nomeadamente as IPSS e as ONG, deverão desempenhar um importante papel a este nível, promovendo acções de sensibilização da comunidade em geral, mas também de formação dos prestadores familiares de cuidados a seniores.

Por fim, queria apenas dizer que precisamos de uma nova visão para o envelhecimento, capaz de adicionar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida. Espero, convictamente, que este estudo se torne útil para todos e que possa contribuir para estimular iniciativas futuras.



CONFERÊNCIA: POLÍTICA DE SAÚDE PARA OS IDOSOS (BRASIL)

JOSÉ TELLES

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

Obrigado Professor. Cumprimento a todos, em especial a Alta Comissária da Saúde pelo honroso convite de estar aqui. Eu estava pensando assim: “cada vez que eu venho aqui eu levo um azulejo e esse azulejo vai compondo o mosaico das nossas identidades e, a cada momento, reconstruindo e reconhecendo as nossas identidades”, então muito obrigado pela oportunidade. E antes de começar eu gostaria de cumprimentar todas as mulheres que estão aqui presentes, hoje é o Dia Internacional da Mulhe. É um dia de luta, é um dia de luta de todos nós, por uma sociedade mais igualitária, menos violenta, menos assimétrica em termos de poder. Eu não tenho dúvida que essa é uma luta das mulheres e cada vez mais homens se integram nessa jornada. Então, parabéns mulheres.

O Brasil experimentou uma mudança no seu perfil demográfico bastante rápido. Entretanto, a dinâmica populacional se deu em contexto de desigualdades sociais que, apesar do empenho do Presidente Lula, ainda hoje marcam profundamente o nosso país. Território continental, diversidade cultural e geográfica, o país se apresenta como verdadeiro desafio para o conjunto das políticas públicas. No ano de 2010, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos somava 19 milhões de pessoas. A expectativa média de vida no ano de 2009 era de 72,1 anos. O Brasil já vem experimentando, em algumas regiões, crescimento negativo da sua população, muito em função da redução da fecundidade. As taxas de esperança de vida ao nascer nas diferentes regiões do país representam um dos indicadores que possibilita visualizar as desigualdades regionais: enquanto no sul chega-se a quase 75 anos, na região nordeste, 69 anos. Essa diferença também se faz entre as diferentes raças e etnias. As mulheres vivem mais que



os homens. Parece que isso é um fenómeno universal. Nós homens morremos mais cedo, mas antes de morrer-mos damos muito trabalho às nossas mulheres. São elas que nos cuidam. Sejam filhas, sejam esposas, e talvez por conta desse cuidado intensivo, que nem sempre é uma escolha, elas também carregam uma carga maior de doença e de incapacidade ao final das suas vidas.

Cabe ressaltar que a população idosa é um grupo populacional bastante heterogêneo, experimentou trajetórias de vida diferenciadas e essas trajetórias acabam afectando o seu bem-estar no final da sua vida. Dependendo do lugar onde a pessoa nasce, as desigualdades sociais irão marcar mais ou menos profundamente as nossas rugas. Diferenças regionais, diferenças de género e também diferenças raciais. As políticas sociais, bem como os mitos, estereótipos e preconceitos relacionados à população idosa, podem reforçar essas desigualdades ou, ao contrário, podem reduzi-las. Os mitos e os estereótipos negativos em torno da velhice ainda estão fortemente presentes na sociedade. Entretanto, tem-se o risco de construir mitos e estereótipos sobrestimando a capacidade das pessoas idosas e criando imagens que muitas vezes não correspondem à realidade, de super-idosas, super-idosos.

Por fim, vale destacar que a associação entre idade e dependência pode ser minimizada por políticas sociais. As políticas sociais têm papel fundamental se quisermos falar de uma perspectiva de futuro, de um envelhecimento com mais alegria, com mais bem-estar, mais activo, seja ficando em casa, seja pintando, seja participando das reuniões da comunidade. E como avaliamos

nossas políticas? O tripé mais importante corresponde à seguridade social, qual seja, **saúde, assistência social e previdência social**. Qualquer um desses três eixos tem implicações enormes para o bem-estar e para a possibilidade das pessoas, quando chegarem aos 60, 65, 70 anos experimentarem uma qualidade de vida diferenciada. O Brasil tem um marco: 1988, quando se fez a Constituição Federal, depois de 21 anos de ditadura militar. É um marco, porque nessa Constituição se afirma que estas políticas sociais devem ser entendidas como direitos, direitos fundamentais de qualquer cidadão, de qualquer cidadã no território nacional. Se instituíram conquistas importantes para toda a sociedade. Foi criado o Sistema Único de Saúde, universal e gratuito. A previdência rural, outra política instituída a partir da Constituição Federal, fez uma verdadeira revolução nas pequenas comunidades, trabalhadores e trabalhadoras do campo que antes não tinham nenhuma perspectiva, seja de assistência em saúde, seja de receber qualquer provimento, a partir de 1988 recebem provimentos não contributivos. Muitas das vezes, são esses recursos provenientes da previdência rural que movimentam a economia local, ultrapassando os limites do gasto individual e permitindo com que a riqueza ou o dinheiro circule naquela região bastante pobre. O acesso à educação é outro componente importante pois tem peso para a qualidade de vida das pessoas. Ressaltei aqui a baixa escolaridade dos braileiros acima de 65 anos. Ao analisar os dados de escolaridade da população idosa em uma série histórica (1998, 2003 e 2008), nota-se que o maior acesso à escola faz com que haja decréscimo das pessoas idosas sem escolari-

dade ou analfabetas. Estaremos lidando com coortes de pessoas idosas com mais instrução, com mais acesso à informação e também com maior capacidade de influir nas políticas sociais. Entretanto, ainda estamos a lidar com contingente significativo de pessoas analfabetas, semi-analfabetas, e qualquer acção que venha possibilitar a essas pessoas, ter estudo, deve ser entendida no âmbito da promoção da saúde.

Em relação à inserção no mercado formal de trabalho, o Brasil contabilizava, no ano de 2007, cerca de 54 milhões de pessoas, ou quase 66% da população economicamente activa no país, socialmente protegida. E chega a quase 30 milhões, as pessoas socialmente desprotegidas e, um contingente razoável dessas pessoas, não contribuinte da seguridade social, isto é, no mercado de trabalho informal. A cobertura social entre as pessoas com 60 anos ou mais chega no Brasil a quase 81%, isso significa que as pessoas ou recebem uma aposentadoria, ou recebem uma pensão de viuvez, ou recebem ambas. Aposentadoria, sem dúvida nenhuma, é o principal componente dessa seguridade social no que refere aos homens. Mas na medida em que cada vez mais as mulheres ocupam o seu lugar na sociedade, ocupam postos de trabalho, a tendência é que esse volume seja aumentado também para as mulheres. Cerca de 2 milhões de pessoas, brasileiros e brasileiras acima dos 60 anos, ou 9,1% da população idosa, não teve nenhum provimento em 2008. Esta proporção diminuiu bastante, em 1988 chegava a quase 30%. Mas são as mulheres as que pagam o maior preço desse processo: 85% desse contingente era do sexo feminino. A proporção de idosos vivendo em famílias pobres foi reduzida de quase 30 para 8,5% no período de dez anos (1988-2008). Sem dúvida alguma, não só a Constituição, mas estes últimos anos de Governo do Presidente Lula, verificou-se intenso investimento por parte do Estado brasileiro para que houvesse a ampliação da cobertura da seguridade social e, principalmente, um suporte para aquelas pessoas mais pobres.

Envelhecer não é um problema. Mas envelhecer na miséria e na pobreza se torna um grande problema tanto para aquele que envelhece e quanto também para quem atende nos serviços de saúde, pelos agravos recorrentes da miséria. O trabalho acaba por se tornar fonte importante de complemento de renda para as pessoas idosas. Quase 38% dos homens e quase 15% das mulheres acima de 60 anos estavam no mercado de trabalho, em

2008. Nós sabemos que quanto mais a possibilidade de envelhecer com saúde acontece, maior é a probabilidade dessas pessoas continuarem no seu emprego, no seu trabalho, desde que esse trabalho permita as condições adequadas à própria senescência, às limitações próprias da idade. Taxa de actividade feminina idosa aumentou de quase 11% para 14%, de 1988 a 2008 e esse foi, provavelmente, o efeito de coorte ou reflexo da entrada de grandes contingentes de mulheres no mercado de trabalho, em passado recente. E aí, uma agenda importante desse processo é falarmos do processo de um envelhecimento activo. Cada vez mais há necessidade de organizarmos locais de trabalho adequados à faixa etária e, também, agenciamentos para a saúde da mulher trabalhadora. Seja do ponto de vista da tranquilidade que ela tem de planejar os seus filhos e ter possibilidade de uma licença de maternidade ampliada. No país nós aprovámos, ano passado, uma licença maternidade de quatro para seis meses, tanto no âmbito das empresas públicas quanto para o sector privado. Aquelas empresas privadas que fizerem adesão, as Empresas-Cidadã, que é o nome do programa, elas terão isenção, terão um reembolso por parte do Instituto Nacional de Seguridade Social, nesses dois meses a mais que permitirá à mulher ficar em casa e manter a amamentação.

A ampliação dos benefícios da previdência social foi o componente que mais contribuiu para a redução da pobreza. Entretanto, ainda assim, 2,5 de milhões de pessoas acima dos 60 anos, no ano de 2008, viviam em situação de pobreza e mais da metade desse contingente estava concentrada na região nordeste, que é a região mais pobre do Brasil. Dentro da seguridade social há um benefício que é direito de pessoas com 65 anos ou mais e de pessoas com deficiência, que têm incapacidade para a vida independente, para o trabalho, em situação de extrema pobreza. Este benefício, denominado Benefício de Prestação Continuada (BPC), eles permite ao indivíduo, uma vez cadastrado, receber o valor de um salário mínimo, algo em torno de 220 dólares mensais. Trata-se de estratégia de retirar da linha da miséria essas pessoas que até então dependiam de auxílios familiares ou de entidades filantrópicas. O BPC atendeu em dezembro de 2007 2,7 milhões de pessoas idosas e com deficiência, desses, 1 milhão e 300 mil pessoas tinham 60 anos ou mais.

O céu é o limite? É uma pergunta que todos os países têm feito em torno da reforma da sua seguridade social. No Brasil, não é diferente, as despesas previdenciárias

têm aumentado, e é importante notar que cada vez mais que se fala em reforma previdenciária, pelo menos no Brasil, e nós no Conselho Nacional de Direitos do Idoso, o qual sou presidente até outubro de 2010, temos salientado que qualquer retirada dos direitos das pessoas idosas, afectará não só os indivíduos, mas as suas famílias, porque muitas famílias dependem desse recurso para a sua sobrevivência. Em interessante pesquisa realizada nos Estados Unidos, perguntou-se para as pessoas: “você acredita em disco voador? e você acredita que o seguro social ainda existirá quando você se aposentar?”. Parece que está mais fácil, no contexto actual, acreditar em disco voador, do que acreditar que efectivamente a seguridade social irá manter os patamares aos quais, hoje, vem se colocando.

Contexto da saúde no país – isto aqui é um quadro de 2003, da percentual de internações por causa. Principal causa de internação: parto normal. Os partos no país, a assistência ao parto, tem sido em torno de 98% hospitalar, são poucos os partos domiciliários. Pneumonias ocupam o segundo lugar; partos cirúrgicos, enteroinfecções e depois vêm insuficiências cardíacas. Significa dizer que nós temos uma situação epidemiológica de uma dupla carga por doença, com predominância relativa das doenças crónicas. O que coloca, para a gestão e organização dos serviços, um desafio. Ao mesmo tempo que atendemos um contingente muito grande de crianças, de jovens que têm questões de intervenções em situações agudas, temos que capacitar a nossa rede, para realizar intervenções em situações crónicas. Essa é uma importante agenda, não só dos serviços mas, principalmente das universidades. Perda de anos de vida saudável em países seleccionados, também em 2003, mostrando o Brasil numa posição bastante preocupante, para os homens, 13,5 anos de perda de vida saudáveis, e 11,1 para as mulheres. E a probabilidade de não atingir os 65 anos, projecção percentual para 2003, também é preocupante: 21% para as mulheres e 35,8% para os homens. Esses dados, mais do que números, significam um aumento do sofrimento humano, tanto para aqueles que padecem da doença, quanto para os seus familiares e, consequentemente, para a sociedade de forma em geral. A agenda dos cuidadores novamente se projecta como política pública importante. Os cuidadores de pessoas idosas, sejam eles pagos pela própria família, sejam eles integrados no sistema de saúde como uma estratégia de fazer com que as pessoas com graves dependências,

com incapacidades, possam ter um cuidado rotineiro, está definitivamente colocada na agenda. Mas há um componente económico, há uma redução da riqueza, uma vez que a pessoa fica impossibilitada de trabalhar e pode requerer atendimento integral por parte de outras pessoas. Para vocês terem uma ideia, a cada três pessoas diabéticas, uma morre com menos de 50 anos de idade, no Brasil. Há consequente aumento de despesas de saúde e de previdência por causas de morte prematura e invalidez temporária ou permanente. Há um tempo atrás, falar em pessoas mais velhas, do ponto de vista da saúde, para os gestores, principalmente dos municípios, dos estados, era de falar em despesa: “não fala nisso não, porque isso dá muita despesa, dá muito trabalho”. O que dá muita despesa é a negligência. Um bom cuidado ao longo do ciclo da vida permite a esse cidadão ou cidadã fazer um processo de envelhecimento com menos incapacidade, aquilo que Fries definiu para todos nós, que é a compressão da morbilidade. Nessa situação, o investimento desde 1994, e agora nesses últimos anos com um investimento maior, foi de estabelecer uma estratégia que permitisse, primeiro, uma capilarização dos serviços de saúde, atingindo pessoas que até então, historicamente, não tinham acesso aos serviços de saúde. Antes de 1988, isto é, antes da Constituição Federal, a pessoa tinha o acesso ao serviço de saúde, se fosse um trabalhador e pagasse a previdência, tudo o resto dependeria da rede filantrópica, da rede caritativa. A partir de 1988, com a Constituição Federal, e com a instituição do sistema único de saúde, não só isso cai por terra – é um sistema universal, mas também o modelo que antes era baseado no hospital, na densidade tecnológica, passa a ser um modelo cada vez mais baseado na comunidade, na atenção primária à saúde que desde Alma-Ata já se apontava como a estratégia mais eficaz de fazer com que houvesse maior equidade. É essa situação hoje, nós temos 30.440 equipas de saúde da família, atingindo praticamente 98% dos municípios brasileiros. Integrado na atenção primária, tem-se equipas de saúde bucal (odontólogos e técnicos de higiene dental). Junto com a saúde da família, foi criado em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Integrados por diferentes especialidades profissionais, os núcleos, têm como função fazer uma rede matricial de apoio as equipas de saúde da família. Em Janeiro de 2010 já eram 1.100 núcleos de apoio em atividade. Práticas de actividade física, práticas corporais, práticas integrativas. Chamamos as práticas integrativas

à homeopatia, acupunctura - essas práticas estão integradas e são remuneradas pelo sistema único de saúde. Alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, assistência farmacêutica.

Nós estamos cada vez mais convencidos que existe um componente técnico importante que deve ser melhorado nas universidades, nas faculdades na área da saúde. Mas existe um componente ético muito maior. Comprometimento do compromisso, do se identificar com o outro e se comprometer com o outro pelo seu cuidado. Talvez este seja o componente mais difícil de darmos uma gestalt nessa prática de fazer saúde ou, pelo menos de cuidar da doença. O Ministério da Saúde, junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Fizemos várias ações na qualificação da atenção primária. Em 2006 assumi-se no âmbito do SUS a prioridade de atenção ao idoso. Desde então, foram feitas diversas ações que vão desde material específico para as equipas de saúde da família, até a realização de um curso utilizando a tecnologia à distância, no qual foram formados 500 profissionais nas regiões Norte e Nordeste do país. Talvez a maior dificuldade que tenhamos no país, é integrar as diferentes dimensões de cuidado, qualificando a atenção primária, capacitando os profissionais em temas gerontológicos, promover o cuidado domiciliar, prevenir a violência doméstica, garantir a qualidade daquelas pessoas que já não vivem mais em suas casas, estão institucionalizadas, e organizar um atendimento matricial. Quer dizer, todos os profissionais, independente de suas especialidades, devem ter capacidade para olhar as especificidades do complexo processo do envelhecimento humano. Por último, toda essa agenda tem a ver com a agenda do desenvolvimento, seja ele o desenvolvimento económico, seja ele o desenvolvimento sustentável, o desenvolvimento humano e a redução da pobreza, este sim, colocado na agenda de todos os governantes como facto expressivo para possibilitar o envelhecimento activo. Mas essa é a realidade, a reestruturação dos serviços ao ritmo de uma tartaruga, e o envelhecimento e suas necessidades ao ritmo de uma lebre. Muito obrigado pela atenção.



CONFERÊNCIA: A SAÚDE E O IDOSO ACTIVO

JOÃO GORJÃO CLARA

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

É uma honra para mim ter sido convidado para falar neste Fórum, de um tema que me atrai há muitos anos: o envelhecimento activo. Agradeço reconhecido o convite da Senhora Professora Maria do Céu Machado.

Gostava muito de conseguir ter a vossa atenção nos próximos 20 minutos que é o tempo que me dão para falar de um assunto que, para mim, é de tanto interesse. Eu começo por definir saúde, uma vez que esse é o nome da palestra – saúde e envelhecimento activo. E lembrar-lhes que saúde tem uma definição da Organização Mundial de Saúde que diz: a saúde refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Mas no caso do idoso, a saúde implica também a manutenção da independência e da autonomia. Para um envelhecimento activo, ter saúde é uma condição fundamental, obrigatória. A segunda definição que eu procurei foi: o que é o envelhecimento activo. As definições são sempre complexas, difíceis, às vezes contraditórias. Envelhecimento activo refere-se à continuação da participação na vida social, económica, cultural, espiritual, cívica, e não apenas a capacidade para continuar fisicamente apto e independente. Esta é uma definição mas há outras, como esta anglo-saxónica: envelhecimento activo é o processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, de modo a aumentar a qualidade de vida do idoso. Ou esta outra, com 2000 anos, de Salomão, que eu acho que ele se referia ao envelhecimento activo quando escreveu: “compreendi bem que o bom para o homem está em comer, beber, gozar o bem-estar em todo o trabalho que suporta, debaixo do sol, durante todos os dias de vida que Deus lhe dá. Esta é a sua sorte.” Ou então, mais recentemente, esta definição do Portal da Saúde que dizia: “o envelhecimento activo pode ser entendido

como o conjunto de atitudes e acções que podemos ter, no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao envelhecimento”. Após a definição, vou falar-vos então sobre o tema .

Começo por vos dizer que sobre o envelhecimento activo há muita coisa escrita, muitos conselhos, muitos dos que vêm aqui consignados são da Direcção Geral da Saúde, publicados em 2004, todos nós os conhecemos, têm sido muito divulgados, nomeadamente pelo meu mestre, professor Pádua, aqui presente. Todos ouviram falar da dieta, do exercício físico, num conjunto de medidas importantes para se envelhecer com qualidade ou para se viver com qualidade. Eu tomei a liberdade de destacar de todos estes conselhos, de todas estas recomendações que visam atingir os objectivos do envelhecimento activo, aquele que considero o mais importante. O que condiciona a aplicação de todas as outras recomendações. A estimulação das funções cognitivas, com o objectivo de permitir manter as faculdades intelectuais do idoso. E a pergunta que podem fazer aqueles que me ouvem é: “mas afinal o envelhecimento não está inexoravelmente condenado à progressiva deterioração das capacidades cognitivas, que culmina na desorganização das funções intelectuais e na demência?”. De facto, esse é um dos mitos da nossa sociedade que se encontra ainda na literatura de todos os dias. Trouxe-vos um exemplo dum texto que li há tempos ...foi a 15 de Maio de 1987, depois de quase 10 anos de sofrimento, a mais bela pin-up da história, a Gilda, que deu nome à bomba lançada em Bikini, no ano de 1947, faleceu vítima de doença denominada doença de Alzheimer, uma doença rara que se pode definir, apressadamente, como a variante da senilidade precoce. Pela leitura deste texto parece concluir-se que na fase avançada do envelhecimento a doença de Alzheimer é comum e inexorável. É bem conhecido que ser velho está associado a estereótipos sociais que são negativos, incluindo adjectivos tais como senil, ridículo, rígido, fraco, esquecido, confuso. Adultos de todas as idades associam o envelhecimento com declínio cognitivo e acreditam que a memória sofre um declínio acelerado depois dos 40 anos. Um clássico da nossa sociedade, que reflecte esta conceito, é o de que muitos indivíduos depois dos 40 se assumem mais jovens do que cronologicamente são de facto, porque não querem ser rotulados de menos capazes ou com compromisso intelectual. Contudo, estes preconceitos, estes mitos, têm vindo a mudar nos últimos tempos.

Hoje em dia, as atitudes em relação ao envelhecimento modificaram-se, acreditando o público que o declínio cognitivo não é universal nem é inevitável. Graças particularmente a organizações públicas, como o National Institute on Aging, e privadas como a American Association of Retired Persons, as pessoas foram persuadidas de que o declínio cognitivo incapacitante é uma doença que acontece a alguns, mas não a todos os indivíduos. De facto, existe um mito que alterações intelectuais que interferem com as actividades da vida diária, são habituais e normais no envelhecimento. Na realidade, só alterações intelectuais mínimas são da responsabilidade do envelhecimento. As funções intelectuais podem ser mantidas ou recuperadas com o treino. Muitas pessoas atingem idades avançadas, mantendo as suas capacidades intelectuais intactas. A genética seguramente desempenha um papel importante no envelhecimento com qualidade, mas o modo como nós vivemos nas nossas vidas, isso é seguramente muito importante, é crucial. Ser velho não é ser doente, incapaz, esquecido, demente. Mais de 80% dos idosos após os 65 anos e 54% dos indivíduos com mais de 85 anos, neste estudo já publicado há 20 anos, estavam de boa saúde, e tinham uma vida independente e activa. De facto, o nosso cérebro é o órgão que nos permite a inteligência. Ele aprende e cresce interagindo com o mundo exterior, através da percepção e da acção. A estimulação mental melhora as funções do cérebro e protege contra o declínio cognitivo, tal como o exercício físico protege contra a dependência física. Existe o mito que nós não podemos mudar o nosso cérebro, que perdemos células cerebrais todos os dias, que o cérebro não consegue produzir novas células. A realidade não é esta. Não podemos mudar o nosso cérebro? Claro que podemos. O nosso cérebro está constantemente a mudar em resposta às nossas experiências, e mantém essa plasticidade ao longo de todo o envelhecimento. Perdemos células cerebrais todos os dias? Não. A realidade é que a maioria das regiões do cérebro não perdem células quando envelhecemos. O cérebro não produz novas células? É falso! É outro mito que foi aceite durante anos. Sabemos hoje que se criam novos neurónios e novas conexões entre eles se estimularmos e exercitarmos o cérebro. A neuroplasticidade, este novo conceito é, seguramente, uma das maiores conquistas do século XXI. Mais de 50% dos idosos não demonstram declínio intelectual e, quando treinados, podem inclusivamente melhorar a sua rendibilidade, mesmo nas

fases avançadas e tardias da vida. Estudos longitudinais revelaram que 2/3 dos idosos com declínio intelectual podem voltar aos valores anteriores de eficiência, quando treinados. O desuso é a principal causa de perda das funções intelectuais. É por isso que em relação à memória podemos dizer: use-a ou perde-a. O declínio mental grave é habitualmente provocado por doenças, enquanto que a maioria das perdas de memória e das capacidades motoras relacionadas com o envelhecimento, resultam principalmente da inactividade, da falta de exercício mental e de estimulação intelectual. Richard Besdine que foi o autor do primeiro livro de Geriatria que li ("Geriatric Medicine"), escreveu: "o compromisso cognitivo que interfere com a vida normal nunca pode ser atribuído ao envelhecimento. Quando surge, deve levantar de imediato a suspeita de doença e conduzir a uma pronta avaliação médica." Contudo, alguns estudos, este publicado em 1983, usando a Wechsler Adult Intelligence Scale, mostraram que se atinge um pico de capacidade intelectual aos 24 anos e que esta capacidade começa a declinar a partir dos 30 e continua ao longo de todo o envelhecimento. Então afinal estou a contradizer-me?. Neste outro trabalho e noutros estudos da mesma época, num grupo de idosos seguidos durante 14 anos, avaliados nas suas capacidades intelectuais, demonstraram declínio insignificante ou ausência de qualquer declínio cognitivo. Esta contradição vou tentar explicá-la um pouco mais à frente. "É hoje claro, citando de novo Richard Besdine, que só o declínio cognitivo mínimo pode ser atribuído ao envelhecimento e que nestas circunstâncias as funções intelectuais podem ser recuperadas ou melhoradas, aumentando a participação em tarefas intelectualmente estimulantes". Vou falar-vos então da plasticidade neuronal que referi atrás. Existe evidência recente de que os cérebros idosos podem reproduzir novos neurónios, novas conexões sinápticas e nova vascularização, embora esta plasticidade neuronal esteja reduzida no envelhecimento, continua mais eficaz do que inicialmente se pensava. Apesar do envelhecimento biológico colocar progressivos constrangimentos aos níveis máximos de rendibilidade cognitiva, a rendibilidade pode ainda ser melhorada no muito idoso. Até ao século XX existia o consenso de que as células cerebrais tinham um número imutável a partir da infância, com algumas áreas, como a do hipocampo, em que os neurónios podiam continuar a multiplicar-se depois daquela fase da vida. No século XXI verificou-se

que todos os neurónios se podiam multiplicar. De acordo com esta teoria, da neuroplasticidade, pensar, aprender, actuar, altera a estrutura e a organização funcional de todo o cérebro, mesmo em idade avançada, aumentando o número dos neurónios cerebrais.

Pela estimulação intelectual, física e emocional, o cérebro modifica-se sobre o ponto de vista anatómico e funcional. Aumentam as ligações entre os neurónios, através dos seus ramos, fortalecem-se essas ligações, formam-se novos neurónios, activa-se a cascata de neurotransmissores que regulam a ligação entre os neurónios. De facto, atingimos o pico intelectual cognitivo entre os 20 e os 30 anos, mas chamo a atenção para que aos 80 anos, se continuarmos a estimular o nosso cérebro, nós podemos ter uma rendibilidade cognitiva que se aproxima da rendibilidade média dos 30, e que aos 90 anos, podemos ter uma rendibilidade semelhante à rendibilidade média dos 40, tudo depende da maneira como utilizamos o nosso cérebro, e que só baixamos aquém do nível funcional quando atingimos os 100 anos, se não o exercitarmos. Porque se exercitarmos o cérebro, se fizermos exercícios, se nos interessarmos em ler, em estudar, em conviver, então nós podemos manter-nos acima da linha funcional e manter uma actividade intelectual que permita independência e envelhecer de uma maneira activa e com qualidade.

Bem, então se é assim, o que é que podemos fazer, ou como é que podemos viver as nossas vidas para mantermos e melhorarmos as nossas funções cognitivas? A minha primeira sugestão, que resulta do que tenho estado a dizer, será praticando ginástica mental, fazendo exercícios intelectuais. Estudos de treino cognitivo demonstraram que os idosos podem melhorar as suas funções cognitivas quando sujeitos a intenso treino, com estratégias que promovam o raciocínio e a memória. Estes estudos sugerem que existe uma reserva potencial nas funções intelectuais dos idosos que podem ser aumentadas através do treino e que nos permitem, portanto, entrar na zona acima da média. Mostro-vos um estudo em que as pessoas eram treinadas a memorizar um conjunto de palavras que depois eram obrigadas a repetir até um número de 30. E reparem, que à medida do tempo em que o estudo foi decorrendo, tanto os jovens, como os velhos também, foram melhorando a sua capacidade cognitiva. Num estudo publicado em 2007, no *Neurology*, em 775 idosos sem demência, foi registada a frequência de participação em nove activi-

dades estimulantes cognitivas, durante cinco anos, com avaliação anual. Noventa (90) idosos desenvolveram doença de Alzheimer. O risco de doença de Alzheimer foi 2,5 vezes maior nos idosos com baixa actividade intelectual, em comparação com os que praticaram altos níveis de actividade cognitiva. Este treino pode fazer-se de muitas maneiras. Aqui vos mostro uma delas, através de programas de computador, do RehaCom, em que se pode estimular a memória, a associação de imagens, a evocação, o raciocínio lógico etc. Muitos estudos publicados nos últimos anos reforçam o que acabei de dizer: a melhoria das funções cognitivas com o treino.

A segunda sugestão é o exercício físico, e isto poderá ser para alguns, uma novidade. Então a prática de exercício físico terá relação com a cognição? De facto, vários estudos demonstraram relação inversa entre a actividade física e o risco cardiovascular. O professor Pádua disso tem falado muito e todos o sabemos. É do nosso conhecimento que o exercício físico atrasa a ocorrência de diabetes, baixa a incidência dos cânceres do colo e da mama, combate a osteoporose, etc. Deste modo, poderia esperar-se que o exercício físico, indirectamente, mantivesse a actividade intelectual, uma vez que estas doenças se associam com declínio cognitivo. Por outro lado, o exercício físico, melhorando a função cardio-respiratória e a oxigenação dos tecidos e órgãos, poderia melhorar as funções intelectuais. Mas não foi só isso que se verificou. O que se verificou na experimentação animal, foram alterações da estrutura cerebral e das suas funções quando os animais de estudo foram expostos a ambiente de exercício físico estimulante. Eram expostos com vários brinquedos, objectos para subir e descer, rodas giratórias e por vezes a companhia de outros animais. E observou-se o aumento do comprimento dos ramos dendríticos dos neurónios, criação de novas ligações entre eles, alterações nas células gliais de suporte, aumento da rede capilar cerebral e desenvolvimento de novos neurónios, provavelmente a partir das células estaminais. Assim como uma cascata de alterações moleculares e neuroquímicas. A prática regular de exercício físico aumenta os níveis de factores neurotróficos que se revelaram ser neuroprotectores, aumentando o crescimento dos neurónios e multiplicando a rede de ligações entre eles. Num estudo publicado em 2006, em 1740 idosos, homens e mulheres, observados por um período de 6,2 anos, após correcção para o estilo de vida e situação médica, a incidência da doença de

Alzheimer foi significativamente maior nos indivíduos que faziam exercício menos que três vezes por semana, em relação aos que faziam exercício mais do que três vezes por semana. Noutro estudo em que se comparou uma população de idosos que fez exercício físico, ginástica aeróbica, com outra que não fez exercício físico e a quem foram avaliadas as suas capacidades cognitivas, verificou-se que a população que fez exercício melhorou as capacidades cognitivas, executivas, espaciais e a velocidade de raciocínio, em comparação com a população controlo, em que não se verificou melhoria de nenhum daqueles parâmetros.

A terceira sugestão para se envelhecer com qualidade, sob o ponto de vista cognitivo, será manter uma vida social regular. Criar novos amigos, manter os velhos amigos, ir ao teatro, ao cinema, ouvir música, dança, fazer encontros de convívio. Não vos quero maçar com exemplos, mas um estudo sueco mais de 1000 pessoas idosas de Kulturskolan, no distrito de Estocolmo, concluiu o seguinte: as que referiam participação diária ou semanal em actividades sociais, como ir ao teatro, participar em associações de reformados, tiveram 40% menos risco de desenvolvimento de demência, durante os 6 anos de observação, do que as pessoas que não participaram nestas actividades. Vários outros estudos concluíram que ser casado, não viver sozinho, ter filhos, ter ligações sociais estreitas, conviver com crianças e amigos, e sentir-se feliz com estes contactos, se relacionavam com a redução de risco de demência. Esta informação apoia a ideia de que altos níveis de envolvimento social se relacionam com a redução de risco de declínio cognitivo e de demência no idoso, pela estimulação que provocam e originado portanto alterações anatómicas e funcionais cerebrais, graças à tal neuroplasticidade que tenho vindo a falar.

A quarta sugestão será evitar o neuroticismo, a depressão, a ansiedade, a raiva, os complexos de culpa, a vergonha. Um grupo de 800 idosos sem demência, com auto-avaliação, usando um teste standard de personalidade neurótica tiveram avaliação clínica anual durante um "follow-up" de 5 anos. A 140 idosos foi diagnosticada doença de Alzheimer. Os idosos com alto nível de neuroticismo tiveram cerca de duas vezes mais incidência de Alzheimer do que os com baixo nível de neuroticismo.

Conclusões: o idoso saudável não é um ser confuso, esquecido ou demente. O cérebro treina-se como um músculo. Lembrar que em relação à memória: use-a ou

perde-a. O conhecimento da plasticidade dos neurónios é de facto uma das maiores conquistas do século XXI. Das medidas sugeridas pelas organizações de medicina preventiva para obtenção de envelhecimento activo a mais importante diz respeito à preservação das funções cognitivas.

Como podemos preservar as funções cognitivas ou ajudar o cérebro a envelhecer bem? Envolvermo-nos em actividades intelectualmente estimulantes, fazendo a ginástica mental, praticando exercício físico, mantendo e alargando as ligações sociais, passando tempo com amigos e familiares, participando e organizando reuniões e actividades em grupo, aprendendo a lidar com o stress, desenvolvendo e assumindo atitudes positivas em relação a nós próprios e ao mundo. Seguramente que não é assim que se faz o envelhecimento activo, como neste quadro de Van Gogh que representa um velho chorando, debruçado sobre ele próprio, isolado, aparentemente sem esperança. Mas talvez seja assim, como vos mostro na capa deste livro escrito e publicado recentemente pelo Prof. Fernando de Pádua, que aos 83 anos continua activo, a trabalhar, a escrever, a ensinar, nunca se reformando, que é uma condição prévia para se ter um envelhecimento saudável. Uma pessoa pode reformar-se da sua actividade profissional, mas tem que criar outra actividade e continuar a trabalhar e empenhar-se para envelhecer com qualidade. Acabo com esta fotografia do meu mestre Nogueira da Costa que gostava muito de fazer fotografia e fotografou esta velhinha que vendia flores. Esta fotografia dá-nos a esperança de que podemos envelhecer com a cor e o perfume das flores, se fizermos aquilo que eu acabei de dizer. Muito obrigado pela atenção.



DEBATE

JOÃO SEQUEIRA CARLOS

ASS. PORT. MÉDICOS CLÍNICA GERAL

Agradecer à Senhora Alta Comissária da Saúde, o honroso convite que formulou à Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral para estar presente neste debate, num tema que nos é tão grato – o envelhecimento activo, e cumprimentar todos os elementos deste painel de tema tão importante para o século XXI e para esta década que agora começamos. E se eu falo de década não é por acaso, porque na Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, estamos apostados em desenvolver um conjunto de actividades no início desta década que vão de encontro ao que nós chamamos, projectar a década, definir as coordenadas para uma medicina familiar de futuro e certamente que um dos vectores desta estratégia é trabalhar a terceira idade, o envelhecimento activo e, para isso, contamos com a colaboração de colegas que sempre trabalharam esta área.

Tenho aqui alguns pontos, obviamente que não vão ser possíveis abordar em 3 minutos, têm algumas linhas mestras desta pequena intervenção para ver se estimulo também aqui o debate. Trazia aqui uma palavra-chave que é o voluntariado, e que já se falou muito hoje aqui, ligado ao sector social e com foco especial na saúde, que é algo que nós temos que estar sempre atentos e dizer que o voluntariado constrói-se e aprende-se. Uma sociedade como a sociedade canadiana, que eu conheço bem, tive a oportunidade de estagiar no Canadá, e o voluntariado trabalha-se desde idades jovens, não está associado apenas a uma actividade que se desenvolve a partir dos 60, 65 anos de idade. O médico com quem eu estagiei em Calgary, na província de Alberta, todos os dias, depois de sair do seu local de trabalho, dedicava uma parte do dia a ensinar futebol a crianças na



comunidade onde estava inserido. Esse era o contributo que fazia no seu voluntariado em termos de trabalho comunitário. Mas tudo isto podia ser transformado em actividade junto dos mais velhos, também no sector da terceira idade. Depois, outra expressão que me parece chave, e que eu vinha já com ela mas hoje ouvi aqui ser abordada, diz respeito à sociedade intergeracional. A prova já foi dada no painel, mais cedo, e agora continuamos. Temos aqui realmente elementos que se podem dizer que constituem um painel intergeracional e realmente esta solidariedade entre as várias gerações, entre as várias idades é fundamental para definir o futuro dos cuidados de saúde e promover o envelhecimento activo. E promover o envelhecimento activo é algo que nós, e eu falo agora dos Médicos de Família obviamente, que

represento, e os Médicos de Família fazem isto todos os dias. Na sua consulta, como calculam e sabem isso certamente, grande parte da nossa actividade assistencial recai sobre as idades mais avançadas, sobre a população mais idosa e realmente temos que encontrar estratégias de comunicação, não só ao nível assistencial, não são só perícias técnicas, mas também perícias do ponto de vista de comunicação para tentar promover a auto-estima - já ouvimos aqui várias vezes - promover o bem-estar psicológico, promover o exercício, esta ginástica mental, as actividades cognitivas e os encontros socioculturais. Esse é realmente um papel que o médico de família, por estar em maior proximidade dos seus doentes, dos seus pacientes, pode desenvolver de forma ímpar. E depois, trazer um pouco do que é também o nosso dia-a-dia em

termos de consulta. É muito frequente, infelizmente cada vez mais frequente, ouvirmos um sinal de algum negativismo nas nossas consultas. Doentes a partir dos 45/50 anos de idade, 55, que dizem, algum sintoma é imediatamente associado “mas isto é da idade, não é Doutor?”. Não! Temos que desconstruir este mito, esta sensação negativa que perpassa já várias idades, não é só a partir dos 65 anos de idade, como hoje ouvimos mais cedo, “é agora que me considero idoso”, não, a expressão “Será da idade?” surge cada vez mais cedo. E aí também temos que encontrar técnicas de comunicação. Aquela que nós, na Medicina Geral e Familiar, com os nossos doentes no dia-a-dia, junto dos nossos doentes, usamos muitas vezes – falo por mim também – é tentar estabelecer esta diferença entre idade cronológica e idade biológica e cognitiva. Isto está de acordo com os dados que o Professor Gorjão Clara tão bem identificou aqui. Realmente, surge muito cedo esta deterioração - se considerarmos esta deterioração - surge muito cedo, e é isso que temos que veicular aos nossos doentes: “Repare: não é agora aos 55 ou aos 60 que se dá o envelhecimento. O seu envelhecimento biológico, as suas artérias passaram a ter depósito de placa aterosclerótica aos 35 anos, aos 45 anos de idade, e pode sempre mudar.” Portanto, o envelhecimento biológico e cronológico são inexoráveis mas podem ser acompanhados com medidas que promovam saúde, previnam a doença e que estabeleçam estratégias de exercício cognitivo, é isso que nos vai dar um envelhecimento activo mais saudável.



DEBATE

VITOR FEYTOR PINTO

PASTORAL DA SAÚDE

Queria antes de mais agradecer à Senhora Alta Comissária o convite que me fez e que me honra profundamente e falar precisamente deste problema do envelhecer com

qualidade. Em última análise, é ótimo para mim, que estou a envelhecer com qualidade. Portanto, tento ser o modelo para as pessoas que julgam que, com mais anos, não podemos render para os outros. Penso que a vida é mesmo serviço para os outros. Mas deram-me apenas 3 minutos, o que é um crime para uma pessoa que gosta de falar. Gostaria de dizer três coisas muito simples. E a primeira seria aquilo que eu chamaria uma condição. A segunda, um desafio. E a terceira, uma razão de esperança.

Quanto ao problema muito concreto, de facto, da condição eu queria dizer que o idoso, qualquer que seja a sua idade, como ser humano, como pessoa humana, tem direitos e tem deveres. Eu tenho que lhe garantir esses direitos, na medida das suas possibilidades, e tenho que o convidar a assumir também os normais deveres de um cidadão. É um desafio de cidadania. E isto leva-nos muito longe, porque é o problema do direito à qualidade de vida, é o problema do direito à intervenção na sociedade, é o direito de uma maneira muito concreta, de ser capaz de ter informação e de poder, através dessa informação, enriquecer todos aqueles que estão à sua volta. Há uma riqueza enorme que no fundo, em última análise, não é apenas o respeito pela pessoa. É a promoção da pessoa. E talvez a sociedade se deva bater quer no campo da saúde, quer no campo da intervenção intelectual, social, cultural, para que cada pessoa, com a idade que tem, possa enriquecer a própria comunidade humana. Ninguém é inútil, ninguém pode estar posto de lado, ninguém.

Agora, isto implica um desafio, que é a segunda nota, e agora vos digo que é muito bonita esta história do desafio. E porquê? Penso que o mundo contemporâneo, daquilo que eu chamo quarto homem, vitimiza concretamente os mais velhos, e nós temos que lutar, todos nós, contra isso. É um desafio enorme. O que é o quarto homem? O primeiro homem era o homem filosófico da cultura grega; o segundo homem é o homem religioso, da cultura judaico-cristã; o terceiro homem é o homem do Iluminismo, é aquilo a que eu chamaria precisamente o homem da ciência, que se preocupa com a ciência, com a investigação, com o progresso. E nós chegámos, depois do Maio de 1968, ao quarto homem. Quem é o quarto homem? É o homem anárquico. E o mundo hoje está muito marcado com esta cultura, que é terrível, e que os que são mais débeis, por qualquer razão, são sacrificados. O homem anárquico é egocêntrico e individualista, só quer o que é bom e o que é agradável, quer autonomia radical, não respeitando nada

e ninguém, é ahistórico, não tem história. Portanto, não se interessa com os outros, não se interessa com o grupo social, com a ideologia, com a cultura ambiente, afirma-se sozinho. Portanto, assim sendo, perante a pessoa idosa, o que é que faz? Eu elenquei quatro notas que me parecem importantes. A primeira: criou a síndrome da solidão a partir da exclusão social dos mais velhos. Nós temos que lutar contra isto. Por outro lado, agudizou a crise económica, retirando-lhe toda a administração. Daí que hoje nós tenhamos, no problema da pobreza – e são 2100 milhões pobres que temos entre nós, no universo do nosso país – na grande maioria, gente de idade, a quem foi retirada a capacidade de administrar quando tinham indiscutível capacidade para administrar. Depois a segurança, o problema dos medos. Devíamos ajudar o idoso a sentir-se seguro, a não ter medo, a não ter dificuldade em arriscar. Porque sabia que tinha realmente apoios em todos os momentos, em todas as situações, porque era respeitado, era contemplado. E, finalmente, o problema tremendo da perda do sentido da vida. Depois enfrentamos os idosos com esta carga, fruto, precisamente, do ambiente em que está a viver.

O desafio é que nós lutemos contra estas situações e abramos porta a um homem novo que seja capaz de se preocupar com os outros e de se dar aos outros, não numa perspectiva assistencialista, mas numa perspectiva de cultura dos grandes valores: a espiritualidade (estão a pensar assim “o padre tinha que falar disto” – eu já explico), a actividade, reparem que é muito importante e, depois também, a organização e a equidade económica suficiente. Temos que garantir isto.

Quando falo de espiritualidade, de que é que estou a falar? Cultura, relações e transcendência. Não estou a falar de religião, estou a falar de cultura, e os nossos idosos têm cultura, têm mais cultura do que muitos jovens, isso não está a ser explorado e temos que o explorar numa velhice activa. Depois, segunda coisa, as relações. Infelizmente, os mais velhos ficam sozinhos. Na minha comunidade paroquial, sinto o drama da solidão, de tantos que se fecham em casa, e o nosso papel é, com os nossos voluntários – 430 – rompermos a solidão, para que eles se sintam acompanhados permanentemente. E ficam à nossa espera e depois, quando partimos de ao pé deles, ficam a construir qualquer coisa, mesmo quando é em domicílio, porque não é só em centros de dia, muito menos em lares, que a pessoa se sente activa. Reparem

que não podemos dar aos nossos idosos apenas cama, mesa e roupa lavada. Temos que lhes dar muito mais. Temos que lhes dar relação e depois temos que lhes dar um pouco mais para a sua saúde integral, completa, a transcendência. O que é a transcendência? A capacidade de ultrapassagem, é isso que é a transcendência. Também cabe aí um cantinho do religioso porque o religioso é ultrapassagem, mas cada um escolha o seu caminho e viva e que a sociedade o possa acompanhar.

A terceira nota é a esperança. Reparem, aqui na esperança eu queria dizer uma coisa muito simples, muito simples... Que atitude de esperança? Queridos amigos, digo com toda a simplicidade, temos que lutar contra o assistencialismo, o assistencialismo mata, não podemos colaborar com o assistencialismo. Temos que colaborar com a assistência, uma assistência completa que atende o homem na sua realidade bio-psico-social-cultural-espiritual e mesmo religiosa. Ver o homem todo e assisti-lo não é prestar-lhe uma assistência que o diminui.

A subsídio-dependência sistemática nos mais velhos pode ser profundamente negativa, temos que os espiçar, porque eles podem chegar muito mais longe. Daí resulta o quê? O sabermos descobrir acções para os quais os convidamos e onde eles têm realização plena. O papel dos avós, o papel dos consultores, o papel dos peritos, o papel dos conversadores, hoje as pessoas passam demasiado tempo paradas diante da televisão, não pode ser. Temos que desafiar a conversar, a dialogar, e quanto mais velha é uma pessoa, mais cultura tem para repartir com os outros. Era só isto que eu queria dizer-vos.



DEBATE

FERNANDO PÁDUA

FUNDAÇÃO PROFESSOR FERNANDO DE PÁDUA

Começo por agradecer à Professora Doutora Maria do Céu Machado porque foi ela que directamente me convidou a estar cá hoje para intervir no debate. E agradeço ao meu mestre Paul White que me ensinou e me estimulou dizendo que “doença ou morte antes dos 80 é culpa do homem, não de Deus, ou da natureza”. Tal como o padre Feytor Pinto, eu vou limitar-me a três pontos. Todos três pontos dirigidos a vós, cada um que assuma o seu papel dentro dos três pontos que vou citar.

Primeiro, temos que ser nós próprios, cada um de vós, a manter-se vivo, activo e saudável, toda a vida, e não digo mais porque bastou o retrato que ele mostrou. Já me têm dito que eu escuso de falar, basta mostrar-me! Estar vivo, activo e saudável é de facto primordial para se manter jovem toda a vida. Todavia, queria dizer a este respeito, que arranjei agora um lema novo para a vida activa e saudável, aprendi do Professor João Lobo Antunes a dizer: “estou no terceiro andamento da sinfonia do existir” que é allegro vivacci (é favor transmitir ao seu marido).

Segundo ponto: descobri recentemente que a parte mais importante da prevenção que eu dedicava a todos os que não querem ser doentes. Há bocadinho ouvimos dizer, que aos 35/40/45 começamos a pensar na doença. Não! É preciso cuidar dos sub-20 se queremos chegar aos 120. Tenho repetido isto em todo o lado: cuidar dos sub-20, quer dizer, desde os 0 anos e antes do zero, desde antes da concepção, até aos 19 anos, aí é que nós temos que por toda a força, para que daí depois a continuidade seja a vida activa e saudável. Os que começam a fumar, os pré-hipertensos, os pré-dislipidémicos, os obesos, o excesso de peso, a diabetes, tudo isso está a aparecer na adolescência, e é aí que temos de actuar, antes de! E tudo isso começa com os papás e as mães que não

sabem tratar do menino, e logo lhe põem sal nas sopinhas tudo isso começa às vezes porque ele e ela fumavam ou bebiam e o miúdo já entra na vida, já sai cá para fora, com dependências e/ou, com deficiências (síndrome alcoólico fetal).

O **terceiro** ponto então, como tem sido aqui dito repetidamente, é estimular as funções cognitivas, é criar a tal neuroplasticidade, e para isso eu dava um conselho também a cada um, porque todos os 200/300 que aqui estão vão ser idosos, e como disse há bocado o Professor José Teles, os idosos estão a aumentar ao ritmo da lebre a correr no campo, e os serviços de apoio, as estruturas, vão a passo de tartaruga. Foi uma imagem linda que ele nos mostrou no princípio da manhã. Portanto, não acumulando conselhos, porque todos, sobretudo o Gorjão Clara, nosso colaborador directo, que a todos estimula sempre, lembrando que vamos ser gerontes - vamos ser, não somos.

Se pudesse dar um conselho a cada um é: arranje um computador, se ainda não o têm, e dê um computador ao seu mais velho lá em casa e - mais um conselho da Doutora Maria do Céu Machado - peçam aos jovens que adoptem um avô, cada jovem ter um avô adoptado que ele vai estimular e vai ensinar a trabalhar no computador. A partir do computador, por muitas limitações físicas ou de solidão que o paciente ou que o idoso tenha, ele terá a saída para o mundo, quanto mais não seja pelo Google que o leva a todas as cidades, ou a saída para os biliões que somos, através de qualquer Twitter, Facebook, ou outro clube qualquer obtido no computador.

Desculpem-me, eu queria dizer só mais uma coisa, é não esquecerem o que esta menina há bocadinho disse: o voluntariado é uma das actividades mais generosas, e se para os jovens adoptar um avô, para vós obterem um voluntário! Eu já ganhei uma bibliotecária, através desta menina, uma voluntária do Padre Vitor Feytor Pinto.

Então agora é que me despeço cumprimentando o Professor Villaverde Cabral, mais um exemplo igual ao meu, ou superior, de vida activa e saudável.

Muito obrigado por me terem concedido a palavra.



DEBATE

JOÃO NUNES ABREU

ASSESSOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Começo por cumprimentar todos os membros da mesa e agradecer à Professora Maria do Céu Machado o convite que me fez, ou o desafio que me pôs, para estar aqui hoje, muito obrigado. Eu já ouvi falar aqui muito sobre envelhecimento, acho que foi útil juntar aos três idosos, um rapaz novo, que sempre desta mistura entre os novos e os velhos resulta alguma coisa. Estar sempre em permanência com os idosos é um bocadinho depressivo. Eu tenho um núcleo de amigos que eu chamo da velha guarda, com quem estou todas as semanas, e a quem digo, assim, quando chego: “Bom, vou outra vez entrar no clube dos macróbios” e, portanto, ouvir (eu que sou médico) as queixas das doenças que têm. Entretanto, tenho outro grupo onde as pessoas são mais novas, onde me sinto mais à vontade. Acho que pior do que tudo é o idoso ser confinado a um lar e ficar, como já aqui foi referido, numa situação de solidão, mesmo que tenha cama, mesa e roupa lavada. Vou dar o meu exemplo, porque envelhecer também é uma questão de sorte. Eu sou assessor do Ministério da Saúde, porque tive a sorte de conhecer vários ministros, que eram meus amigos; se não fora isso, já estava também colocado numa prateleira, porque os médicos chegam aos 70 anos e têm que ficar confinados ao facto de já terem sido médicos. Se vão ao hospital ou ao centro de saúde, e se já não os conhecem, não têm consideração nenhuma. No meu caso, e porque continuo a trabalhar no Ministério da Saúde, conheço muita gente que trabalha nos hospitais, ainda posso entrar e estar à vontade. Mas vejo outros colegas que até têm receio de voltar ao local de trabalho, que é a tal situação que já foi referida. Um conselho que eu dou é este: é interessante conversar, falar e ouvir. O Professor Gorjão Clara, que eu conheço há muito tempo, fala sobre o desenvolvimento intelectual, e como a pes-

soa pode mantê-lo. Para mim é fácil, leio muito, vou ao cinema, vou aos concertos, utilizo o computador, faço jogos, sobretudo jogos de bridge no computador porque estimulam a actividade, e tenho uma coisa fundamental, tenho 12 netos, a caminho dos 13, e aprendo muito com eles, porque, por exemplo, com telemóveis complicados, computadores, iPod, eu pergunto: “Como é que isto se faz?” e os netos: “Oh avô, isto é fácil!”. Pronto, num instante resolvem-me o problema. Sei usar o computador, sei ver a internet, sei mandar mensagens, sei consultar o Youtube, mas se for outra coisa qualquer, peço a um deles, que já têm 13 ou 14 anos, e tudo se resolve. Pronto, vejo e aprendo. Já tenho Skype, não quero Facebook, nem quero Twitter, já cheguei aos limites das minhas competências, portanto, nesse aspecto não vale a pena.

Em relação ao envelhecimento físico é diferente, mesmo fazendo exercício há coisas que a gente vai perdendo. Entrar no carro com aquela facilidade com que entrava para me sentar antigamente era chegar, zás trás. Agora não, tenho que pensar, levantar o pé, etc., não é assim tão fácil como isso. Andar, o exercício físico é bom, eu faço muita marcha, todos os dias, alguns - não direi quilómetros, mas - metros pelo menos. Em relação à alimentação, tenho alguns cuidados, sem fazer dieta alguma. Costumo dizer que como de tudo, mas em menor quantidade. Portanto, apesar de ser um doente cardíaco operado ao coração, tal como o padre Vitor Feytor Pinto, tenho sempre um desejo de fazer coisas, andar para a frente, olhar para o futuro. Gosto muito de guiar mas tenho que ter mais cuidado, porque se houver alguma coisa já sei que vão dizer “Olha aquele velhadas, já devia era estar em casa”, portanto, é um aspecto negativo. Faço outro teste que é muito importante também para mim e que é arrumar o carro no El Corte Inglés. Quem vai lá sabe o difícil que é. Como ainda não risquei o carro, sinto que ainda estou com capacidade para poder fazer alguma coisa.

Eu costumo dizer, tive muita sorte porque trabalho numa coisa que gosto, faço um trabalho de voluntário, não voluntário para assistir, mas voluntário no Ministério. Sinto-me bem lá e as pessoas tratam-me bem e por isso mesmo talvez tenha sempre boa disposição. Gosto também muito de viajar, vim há dois dias do Brasil e...os brasileiros têm muitas qualidades. Em relação à terceira idade estão, talvez, melhor do que nós, apesar de tudo, porque há coisas que eles têm e nós não. Eu gosto de

teatro e cinema, e lá no Brasil aproveito porque a partir dos 60 anos paga-se só meio bilhete e isso é uma vantagem. Aqui não, eu vou ao cinema, fazem-me a redução de 1€ num bilhete de 6€. Lá, se o bilhete custar 10, pago só 5, quer para o teatro, quer para o cinema. Além disso, eles prestam assistência aos idosos, têm mais consideração pelos idosos do que aqui em Portugal. Não é tudo considerado “velhada” porque lá há muita “velhada”. As pessoas da minha idade e mais idosas andam todas de calções e de havaianas, à vontade, apesar de se ter medo da violência. Eu tenho algum medo, mas penso quando saio no Rio de Janeiro, sobretudo se for assaltado, paciência. Mas realmente é uma vida em que a gente sente que tem mais intensidade junto da população idosa. Eu penso que já passei os meus três minutos. Quero dizer que envelhecer - não vou dizer que é bom - mas é um facto: a gente tem que envelhecer. E se se souber tirar partido deste momento, é uma fase da vida importantíssima. Às vezes ouço dizer: “Ai, quem me dera ter não sei quantos anos”. Eu não, eu quero ter estes anos e quero olhar para o futuro. Pode ser até que experimente outras profissões, mesmo sem ser médico. Há coisas que gostaria imenso de fazer: abrir um restaurante, ser gestor de um hospital pequeno onde pudesse tratar da organização e de tudo, ou, então, um daqueles hotéis de charme pequeninos. Tudo isso ainda está nos meus projectos para o futuro. Pronto, é só isso que eu queria dizer. Muito obrigado.



3º

FÓRUM
NACIONAL
DE SAÚDE

3º
FÓRUM
NACIONAL
DE SAÚDE

PARA UM FUTURO
COM SAÚDE





30
FÓRUM
NACIONAL
DE SAÚDE

PARA UM FUTURO
COM SAÚDE

JOVENS - ESTRATÉGIAS PARA UM FUTURO COM SAÚDE

O CONTRIBUTO DO SECTOR SOCIAL PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE

ENVELHECIMENTO ACTIVO

JOVENS - ESTRATÉGIAS PARA UM FUTURO COM SAÚDE 

JOVENS - ESTRATÉGIAS PARA UM FUTURO
COM SAÚDE



DEBATE

LUÍS ALVES

INSTITUTO PORTUGUÊS DA JUVENTUDE

Boa tarde. Também agradeço o convite que foi dirigido ao IPJ para hoje estar aqui presente, é com gosto que aqui estou, e foi com gosto também que assisti à apresentação destes projectos, uns mais bem conseguidos como foi aqui dito, outros nem tanto, mas todos resultado do esforço, do envolvimento, da mobilização, da implicação dos jovens que foram responsáveis por esses projectos. E como estes trabalhos, e como estes projectos foram resultado desse envolvimento e dessa mobilização e dessa implicação, e como são concebidos, desenvolvidos e implementados por jovens e são dirigidos para jovens, isso dá-nos garantias, ou mais garantias, de que possam ser fórmulas de projectos de mais eficácia, de maior eficiência e que possam resultar num maior sucesso no cumprimento dos objectivos que motivaram a Vossa intervenção

Porque, a verdade, é que a questão da saúde juvenil é uma questão de difícil abordagem por diversas razões.



Por razões que têm a ver com a própria condição juvenil e uma certa ideia de invulnerabilidade própria dos jovens, que faz com que seja difícil estabelecer uma percepção clara para os jovens da relação causa-efeito de certos comportamentos, certos actos, certas atitudes, certas escolhas, certas opções e a sua consequência em matéria de saúde - é por isso que é difícil abordar estas questões - e também todos fomos percebendo, nomeadamente as instituições que trabalham na área da saúde, que o Serviço Nacional de Saúde, com todas as suas virtualidades e todos os seus méritos, mas com os seus instrumentos tradicionais de intervenção: os hospitais, os centros de saúde, as unidades de saúde familiar, não era capaz de dar respostas que tivessem em conta essas especificidades próprias dos jovens e que fossem adequadas às



suas necessidades, às suas expectativas, às suas dúvidas e também aos constrangimentos que muitas vezes existem nos jovens na procura dos serviços de saúde e da informação. Porque muitas vezes falamos de uma intervenção que se quer antes da manifestação de qualquer tipo de problema, qualquer tipo de doença e, portanto, queria saudar estes projectos que julgo que vão no caminho certo e julgo que transportam a metodologia certa também e queria aproveitar para partilhar com todos que aqui estão, os alunos das escolas, os professores, todos aqui presentes, outros instrumentos, nomeadamente instrumentos e recursos do próprio Instituto Português da Juventude, que podem ser úteis para o aprofundamento deste trabalho que foi desenvolvido nas escolas e que pode ser um complemento importante para a continui-

dade desta intervenção. Trata-se do programa Cuida-te, um programa de saúde juvenil gerido pelo IPJ, mas em parceria com muitas entidades na área da saúde, e que disponibiliza um conjunto de recursos que, julgo, devem ser aproveitados pelos jovens e pelas escolas que aqui estão presentes.

O Instituto Português de Juventude tem, nas suas instalações, gabinetes de saúde juvenil que permitem o atendimento em contexto não hospitalar, nas próprias instalações do IPJ, mas com profissionais da área da saúde, permitem esse atendimento a todos os jovens que queiram ir ao IPJ sem marcação, sem qualquer tipo de agendamento, sem qualquer tipo de informação prévia ou registo pessoal, e ter acesso a um serviço de atendimento gratuito anónimo e confidencial de aconselhamento nas áreas da sexualidade, consumos nocivos – legais ou ilegais – nutrição e exercício físico. Trata-se, pois, de um serviço de informação, aconselhamento, acompanhamento e, no limite, eventual encaminhamento para os serviços de saúde.

Outra medida deste programa assenta na existência de Unidades Móveis de Saúde Juvenil, que trata-se basicamente do mesmo serviço mas que sendo móvel, procura estar onde estão os jovens, nomeadamente, por solicitação das próprias escolas, das associações de estudantes, das organizações juvenis... São unidades móveis, carrinhas, que levam técnicos na área da saúde para informar, sensibilizar e dar informação sobre questões relacionadas com a saúde.

Outra medida deste programa consiste no apoio a projectos desenvolvidos pelos próprios jovens, pelas suas



organizações, em matéria de informação, de sensibilização e de intervenção junto dos pares. Nós achamos que é esta a metodologia mais certa quando falamos da saúde juvenil e quando falamos de afectar comportamentos, de mudar comportamentos, atitudes e formas de sociabilização. E, portanto, em conformidade com esta visão, o IPJ tem uma linha de apoio para as organizações de juventude, para as suas associações de estudantes, que financia projectos na área da saúde como estes, que aqui vimos, e que podem também ser desenvolvidos fora dos muros da escola ou envolvendo toda a comunidade escolar.

Podem procurar informação mais detalhada sobre o Cuida-te e as suas medidas no portal da juventude, quis apenas no pouco tempo disponível, partilhar convosco as linhas principais deste programa que tem, aliás, o apoio e a participação do Alto Comissariado para a Saúde, e que julgo pode ser um instrumento que pode favorecer a continuidade destes primeiros passos, nalguns casos, outros um trabalho já continuado, que estão a desenvolver nas escolas e que é importante que tenha seguimento, e que este envolvimento dos jovens possa ter consequências no seu futuro, mas também consequências nos projectos que possam vir a desenvolver.

Muito Obrigado!



DEBATE

MANUELA SOUSA

OLÁ JOVEM

Em primeiro lugar, os meus agradecimentos. É um prazer estar novamente no Fórum, na 3ª edição. E já a propósito disso, fiquei satisfeita porque notou-se da parte dos jovens, em relação ao ano passado, uma melhoria em relação à abordagem, à forma como abordaram as questões. Se se recordam, no ano passado os próprios jovens tinham como conclusões do nosso painel que as mensagens das campanhas deveriam ser feitas por eles, passadas por eles, para os seus pares. Ora, parece-me, que dos trabalhos apresentados, efectivamente, tiveram essa preocupação. Há hoje uma preocupação da informação ser passada entre os jovens, dos jovens, para os jovens. E, efectivamente, parece-me que é a atitude mais correcta. Houve aqui apresentações fantásticas, muito boas, outras menos conseguidas, mas não duvido que tenham também o seu impacto na transmissão daquilo que queriam demonstrar e passar. Mas, a par deste comentário muito positivo daquilo que é a consciencialização dos

jovens, dos seus próprios problemas - porque efectivamente demonstraram isso - surge-me um problema: constatar que há determinados temas com os quais os jovens não estão preocupados, nomeadamente o tabaco, o álcool, as adições em geral.

Penso que os jovens preocupam-se com os temas que serão de mais fácil abordagem, aqueles sobre os quais mais facilmente conseguem passar uma mensagem. Penso que o próximo desafio será como abordar estes temas - o tabaco, o álcool, as drogas em geral. Como é que os jovens vão abordar estes temas para transmitir mensagens interpares que sejam eficazes, que sejam assumidas?

A maioria dos jovens que atendemos no centro de atendimento têm um consumo esporádico. Consomem ao fim-de-semana muito mais do que aquilo que é um consumo "normal" durante a semana, e, talvez por isso, não se preocupem tanto com esse problema. Mas é um alerta que penso que deve ser feito: o de como abordar estes temas, porque efectivamente eles existem, são problemáticos e, tal como nos outros temas abordados, a melhor forma de passar a mensagem, será interpares. Muito obrigada.



DEBATE

GONÇALO CORDEIRO FERREIRA

HOSPITAL D.^a ESTEFÂNIA

Boa tarde a todos. Foi com muito prazer que aceitei o desafio da Senhora Alta Comissária para estar aqui. Diria, sem nenhum aspecto de paternalismo, que achei curioso e interessante quando se fala, com um tema tão alargado como este, em alguns aspectos dos estilos de vida e em relação aos jovens. Fala-se de situações que estão, apesar de tudo, em termos percentuais mais longe que do outras. É evidente que é sempre interessante, é sempre um desafio, é sempre glorioso falar da

sexualidade, mas há sempre coisas que são menos interessantes, menos gloriosas, mas de que é preciso falar: é preciso falar do tabaco, do álcool, entre outras, e dos acidentes também. Aliás, porque o álcool tem muito a ver com os acidentes.

E depois, por outro lado, nós os Pediatras temos uma desagradável mania: achamos que tudo começa muito para trás. E portanto, quando algo é feito muito para a frente, já tem pouco impacto. Por exemplo, a questão dos hábitos alimentares: é interessante falar-se ao 7º ano ou ao 8º ano de hábitos alimentares, mas provavelmente é muito cosmético, porque a aquisição dos hábitos alimentares começa muito mais precocemente. Provavelmente, começa numa janela de oportunidade que vai do 1º ano de vida até ao 2º ano. Depois, muitas vezes, até à adolescência, não há alterações dos hábitos alimentares. Pode haver mais apetite, mas comem sempre mais ou menos as mesmas coisas, que são habitualmente más. É importante que as pessoas se consciencializem disso. Porque não é talvez esta fase que pode ser decisiva, mas uma fase mais tardia, quando forem pais, mães e tios de crianças pequeninas que podem actuar sobre essas crianças.

Nunca se esqueçam que o que aprendem nas escolas, mesmo que não tenha uma aplicação directa e mesmo que os resultados não se sejam aqueles que esperaram, vai ter aplicação quando for a vossa vez de terem influência directa sobre aqueles que vão depender de vós. É fundamental incutir nas crianças a diversidade dos hábitos alimentares, desde muito pequenas, porque depois perde-se.



ENCERRAMENTO

ISABEL ALÇADA

MINISTRA DA EDUCAÇÃO

Queria, em primeiro lugar, saudar a Senhora Ministra da Saúde e a Senhora Alta Comissária da Saúde pela organização desta iniciativa no quadro do Plano Nacional de Saúde, feita também em colaboração com o Ministério da Educação e com outras entidades. O facto de ter havido tanta participação e de termos aqui assistido à entrega dos prémios, com o espírito que se gerou de verdadeiro empenho - em que as pessoas ganham porque fizeram um trabalho de qualidade. Não assisti à apresentação dos prémios, mas sei que correu muito bem, e sei que todos os trabalhos tinham um nível que representava

um investimento de esforço, um aprofundamento do conhecimento da parte dos alunos e dos professores que realizaram os vários trabalhos, e que reflectem uma atitude extremamente positiva perante a questão da saúde.

Como sabem, a questão da saúde é ampla e foi abordada nas várias facetas em que deve ser pensada e, sobretudo, vivida pelos jovens. Acho que o símbolo que o Plano Nacional de Saúde tem e os "Óscares" que aqui foram dados são muito simbólicos da transparência que se pretende ter na forma como as pessoas assumem uma vida plena e saudável, em que estão bem consigo próprias, porque são transparentes na forma como abordam as várias questões, como se informam, como tentam ir mais longe. Queria dizer-vos que há pouco, na votação, compreendi que vocês tenham votado no número quatro



de uma determinada pergunta: mesmo quando as aulas são entusiasmantes, sabemos que lá fora há muitos chamamentos mais entusiasmantes. Quando esse chamamento é um Fórum como este, é positivo que vocês participem - porque não se vão esquecer deste dia - numa iniciativa desta natureza e que propaguem a mensagem de que é importante todos colaborarmos e chamarmos a atenção dos nossos amigos, dos mais novos, dos mais velhos, para a questão da vida saudável, da saúde, do empenhamento em que as pessoas todas dêem as mãos na construção de uma sociedade em que estes valores sejam plenamente sentidos e praticados. Portanto, queria terminar dando-vos um abraço a todos os professores aqui - compreendem que dê aos professores, directores de escolas, ao empenhamento, mas sobretudo, aos alu-

nos que participaram e que vieram aqui com os seus trabalhos, felicitando em particular aqueles que venceram.





PNS 2011-2016



O FORUM NACIONAL DE SAÚDE, EVOLUÇÃO DO PNS 2004-2010 ESTRATÉGIAS PARA O PNS 2011-16

O FORUM NACIONAL DE SAÚDE, EVOLUÇÃO DO PNS 2004-2010
ESTRATÉGIAS PARA O PNS 2011-16

HEALTH IN ALL POLICIES

EQUIDADE E ACESSO ADEQUADO AOS CUIDADOS

PROMOÇÃO DA CIDADANIA

POLÍTICAS SAUDÁVEIS: SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS

QUALIDADE EM SAÚDE

CONFERÊNCIA: PARA UM FUTURO COM SAÚDE

EVOLUÇÃO DO PNS 2004-2010
ESTRATÉGIAS PARA O PNS 2011-16

CONTRIBUTOS





PAULO FERRINHO JORGE SIMÕES

PRESIDENTE DO 3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE

Senhora Ministra da Saúde, Doutora Ana Jorge, Doutora Zsuzsanna Jakab, Directora Regional da Organização Mundial de Saúde, Professora Maria do Céu Machado, Doutora Luísa Salgueiro, os meus cumprimentos a todos. Eu queria dirigir um cumprimento especial a duas personalidades na primeira fila, ao Professor Constantino Sakellarides e ao Professor Pereira Miguel, que foram as pessoas que deram início ao processo de planeamento estratégico em Portugal e que o mantiveram ao longo destes anos, e com quem eu tive oportunidade de trabalhar. Ao fim e ao cabo este Fórum dá continuidade a esse processo e a esse seu gesto pioneiro.

Bem-vindos todos a este Fórum Nacional de Saúde. Lembro-me que o 1º Fórum Nacional de Saúde, que foi organizado quando o Professor Pereira Miguel era Director Geral da Saúde e Alto Comissário da Saúde em 2004, foi feito numa pequena sala no Infarmed. Hoje seria inconcebível tentar acomodar toda esta multidão nessa mesma sala. Só a dimensão da sala, a dimensão da audiência e a vossa participação, mostra como realmente este processo, de certa forma, se está a tornar parte da nossa cultura.

UM PROCESSO

Eu gostaria de realçar que o planeamento estratégico é uma das componentes da gestão estratégica. Quando falamos de um processo de planeamento estratégico, estamos a comprometer-nos com um processo de gestão estratégica que tem três etapas principais: reflexão estratégica, planeamento estratégico e gestão da estratégia¹.

Em relação ao Plano 2004-2010², nós estamos na fase do strategy management (gestão da estratégia), que foi definida em 2004. Estamos a terminá-la, estamos a avaliá-la. Ouvimos ontem o resultado da avaliação

feita pela Organização Mundial de Saúde³.

Com base nessa avaliação, iniciámos um novo processo de reflexão estratégica (strategic thinking) para tentar definir novas orientações estratégicas para 2011-2016. Este Fórum é, de certa forma, o pontapé de saída para este processo que queremos que seja um processo o mais participado possível.

4P

Durante este processo, nesta reflexão, queremos, de certa forma, definir aquilo que Mintzberg chama os 4 Ps, que têm a ver com os 4 Ps que definem uma orientação estratégica⁴.

Um dos Ps tem a ver com a **percepção do papel** que queremos que venha a ser assumido pelos diferentes órgãos de governação do sistema de saúde português, na futura Estratégia da Saúde 2011-2016: o papel dos órgãos centrais, dos órgãos regionais e dos órgãos locais; um papel de regulador do sistema, dinamizador de políticas saudáveis, produtor de recursos, prestador de serviços, etc. Isso tem que ser definido para os principais actores e stakeholders do processo da Saúde em Portugal.

O segundo P tem a ver com os **produtos e com as ofertas** que queremos colocar no mercado da Saúde, ou retirar desse mesmo mercado, nomeadamente, os serviços, os fármacos e outras tecnologias, materiais informacionais, etc.

O terceiro P - que é particularmente importante - tem a ver com o **padrão de desempenho** ambicionado. O padrão de desempenho, o benchmarking, é particularmente relevante. Uma das fragilidades que foi identificada na avaliação do actual Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi precisamente na qualidade. De maneira que o padrão de desempenho tem a ver com a definição do que queremos em termos de segurança dos doentes, qualidade do sistema de saúde e das suas unidades sanitárias, assim como em termos de padrões relacionados com o acesso e com a equidade. Um outro aspecto que é particularmente preocupante em termos da avaliação da situação da Saúde em Portugal, que também foi identificada pela avaliação da Organização Mundial de Saúde, tem a ver com o crescimento das desigualdades

¹ LE Swayne, WJ Duncan, PM Ginter. Strategic management of health care organizations. Blackwell Publishing, 2006.

² Ministério da Saúde 2004. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volumes I e II. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

³ WHO 2010. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

⁴ Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J 2009. Strategy Safari. Great Britain: Pearson Education Limited



em Saúde, em Portugal.

E, por último, todo este pensamento tem que ser convertido num **plano e documentos orientadores** que esclareçam quais são os valores, qual é a noção, qual é a visão, quais são as actividades, quem são os responsáveis por essas actividades e com que recursos, e em que calendário é que essas actividades têm que ser implementadas.

2P2c

Tudo isto implica um processo particularmente complexo que vale por si, quer dizer, o chegar a um Plano é importante mas também é importante como é que lá chegamos e, depois, como é que vamos manter o momento desse Plano vivo. E, mais uma vez, vamo-nos referir a Mintzberg⁴. Mintzberg identifica o que eu chamo os 2 Ps e os 2 Cs. O processo tem que ser um processo activamente **participado**, e o activamente é particularmente importante, e que o seja por um grande número de pessoas de todos os sectores da sociedade. Ontem, nos fóruns pré-fórum nacional, tivemos aqui diversos sectores da sociedade - hoje, provavelmente, é um sector mais relacionado com o Sistema de Saúde -, mas ontem tivemos desde crianças de escola, até aos idosos e organizações da sociedade civil e, durante as discussões, houve um grande empenho em tentar ajudar-nos a identificar alguns dos Ps que eu já referi.

O processo também tem a ver com ganhos em **conhecimento** sobre o Sistema de Saúde, sobre o estado de Saúde, sobre os seus determinantes e a difusão desse

conhecimento entre todos aqueles que têm que pensar a Saúde e tomar decisões sobre a Saúde. Também o processo em que nos engajamos, com que estamos engajados neste momento, está particularmente virado para esses ganhos em conhecimento, e temos uma série de grupos a tentar aprofundar um conjunto de temas que achámos que seriam temas prioritários em termos de nos ajudar a definir as orientações estratégicas para 2011-2016.

A clarificação de **prioridades** é um processo complexo mas é muito importante porque são essas prioridades que depois nos vão permitir orientar os recursos para aquilo que consideramos como os aspectos mais importantes da estratégia que for aprovada.

E, por último, obtenção de **consensos** e a legitimização da visão estratégica proposta.

Este processo é um processo a que estamos a dar início agora e o seu sucesso depende do vosso envolvimento e convidamos a todos a participarem activamente na definição da futura estratégia.

CONTINUIDADE

Esta estratégia vai dar continuidade a um processo que já teve início anteriormente, mas nós queremos que entre 2011 e 2016 haja alguma continuidade em relação aos valores que têm sido mais ou menos homogêneos ao longo do tempo, nomeadamente, um compromisso com a justiça social, a questão da universalidade, a equidade, a solicitude, a solidariedade. Estes são valores que são importantes não só no Sistema Português mas também no Sistema Social Europeu.

O enfoque em ganhos em saúde. Tenho a certeza que

SESSÃO DE ABERTURA

MARIA DO CÉU MACHADO

ALTA COMISSÁRIA DA SAÚDE

todos partilhamos a convicção que o grande objectivo do Sistema de Saúde é garantir ganhos em Saúde para os Portugueses. Como o PNS 2004-2010, a Estratégia Nacional de Saúde 2011-2016 deverá ser fortemente orientada para garantir ganhos em saúde.

Por último, em termos de continuidade, deveremos recuperar alguns dos objectivos e metas do PNS 2004-2010 e tentar dar-lhes continuidade, reconhecendo que houve objectivos e programas a mais, e que terá que haver uma certa racionalização desses objectivos e desses programas e que, o que for definido como objectivo tem que ser monitorizado e que o sistema de monitorização tem que fazer parte da Estratégia que vai ser aprovada.

BOTTOM UP

Algo que falhou no processo anterior foi o processo bottom up. O planeamento estratégico tem que ser um planeamento em cascata seguindo orientações políticas nacionais mas garantindo um processo regional e um processo local de definição de estratégias, que também seja alimentador do pensamento nacional. Esse processo bottom up não foi suficientemente valorizado no processo anterior e nós estamos a trabalhar activamente, neste momento, para garantir que esse processo bottom up venha enriquecer o nosso pensamento durante a elaboração da futura estratégia de saúde.

4 EIXOS ESTRATÉGICOS

E, por último, o ponto de partida do grupo de trabalho que é coordenado, como a Professora Maria do Céu Machado mencionou, pelo Professor Jorge Simões e por mim próprio, foi a identificação daquilo que nós consideramos os quatro eixos estratégicos essenciais. Esses quatro eixos estratégicos têm a ver com a cidadania, com o acesso, com a qualidade e com a saúde em todas as políticas. Para cada um destes eixos vai haver uma sessão durante o dia de hoje e tenho a certeza que a vossa participação nessas sessões vão ser enriquecedoras e que vão ser garantes de orientações que poderemos depois converter no documento final.

Muito obrigado a todos.

Muito obrigada, Professor Paulo Ferrinho.

Cabe-me a mim agora voltar atrás e fazer o ponto de situação do Plano Nacional de Saúde anterior. Eu antes disso queria, porque é a única oportunidade que tenho, por um lado, agradecer ao Professor Paulo Ferrinho e ao Professor Jorge Simões, que apesar de terem uma vida muito atarefada aceitaram não só ser os Presidentes deste Fórum, como os Coordenadores do próximo Plano e têm tido muito trabalho. Agradecer também a todos os que estão envolvidos no próximo Plano, e vou só dizer o nome do Gestor que é o Dr Paulo Nicola.

Quero, ainda, agradecer a todos os colaboradores do Alto Comissariado que colaboraram na organização deste Fórum, nomeadamente as Dras Isa Alves, assessora de comunicação, Marta Salavisa, Luísa Couceiro, Isabel Alves e Ricardo Almendra responsáveis pelo Atlas dos indicadores do Plano Nacional de Saúde, em distribuição e também ao secretariado coordenado pela Carla Silva.

Vou, essencialmente, fazer o ponto de situação do Plano Nacional de Saúde anterior, depois farei algumas referências ao próximo Plano e muito pouco sobre o 3º Fórum de Saúde.

Dos 122 indicadores que monitorizam o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, mais de metade que já atingiram ou ultrapassaram a meta, nomeadamente, as taxas de mortalidade fetal, perinatal, neo-natal e a esperança de vida em todas as idades. 85% dos indicadores de mortalidades já atingiram a meta, o que significa que se está a morrer menos em Portugal.

De entre os que estão a evoluir de forma positiva, queria chamar a atenção para os nascimentos em raparigas adolescentes. A meta era 5 por 100 nados vivos e estamos em 4,2, mas o exercício que nós fazemos ao monitorizar o Plano Nacional de Saúde é, além da evolução por região (e o Alentejo e Trás-os-Montes têm piores resultados), a evolução ao longo dos anos e comparamos com o melhor valor da União Europeia que foi de 1,3 adolescentes grávidas por cada 100 adolescentes. Isto para dizer que ultrapas-

sar a meta não significa que não tenham de se traçar estratégias nestas áreas visto que os resultados são assimétricos.

Mais um conjunto de indicadores que ultrapassaram a meta que incluem todas as mortalidades por doença, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e mortes por acidente de viação. De qualquer maneira, volto a chamar a atenção para o mapa de Portugal que baixámos, de uma forma global, a mortalidade por acidentes de viação, que era um indicador péssimo. É a evidência de que a Saúde se faz em todas as políticas e que, portanto, não basta as políticas e estratégias do Ministério da Saúde, tem que haver outras estratégias de outros Ministérios.

Outros indicadores em que a meta foi ultrapassada são os médicos de família, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, rácios entre urgências hospitalares e consultas externas.

Outros indicadores que já atingiram a meta: a percentagem de despesas em medicamentos e de genéricos e o índice de tratamento de dentes cariados, perdidos e obturados.

Em relação aos genéricos, e neste mapa podem ver o mercado total de genéricos e as regiões em que aumentou o consumo de genéricos ao longo deste Plano Nacional de Saúde de 2004 para 2009. E vejam que em todo o país está tudo à mesma cor, o consumo de genéricos aumentou e isso é bom.

Mas depois há um conjunto de indicadores, a amarelo, que estão a caminho da meta. Teriam que chegar à meta no fim de 2010 como a esperança de vida à nascença que não está perto da meta que nos tínhamos proposto. A própria mortalidade infantil, que mostramos como excelente resultado da Saúde em Portugal, tinha uma meta talvez excessivamente ambiciosa, porque há alguns indicadores que chegámos a um ponto que é tão bom que é difícil ultrapassá-lo.

Gostava de mostrar a evolução da esperança de vida em Portugal. Reparem que comparando outra vez com a Suécia, nós ainda estamos abaixo, mas estreitámos a diferença que nos separava. Se analisarmos os mapas do atlas aqui com os valores à esquerda, e à direita com os concelhos do país em que a esperança de vida melhorou, na maioria dos concelhos. Fomos citados no Relatório da Organização Mundial de Saúde, em 2008, Cuidados Primários: Agora Mais do que Nunca como um exemplo de investimento em Saúde, principalmente nos cuidados

primários e na saúde infantil, com a baixa e a queda de todas as mortalidade ligadas à mãe e à criança.

Outros indicadores que também estarão a caminho da meta são as mortalidades intra-hospitalares e, por isso, se desenvolveu o programa das vias verdes. Obviamente que estamos à espera de dados mais recentes, porque os dados que temos são de 2008 e, provavelmente, com as vias verdes nalgumas zonas do país estes resultados, tanto do enfarte do miocárdio, como do AVC serão melhores. O último gráfico de indicadores em que estamos a caminho da meta e que inclui as consultas por habitante, as primeiras consultas no total das consultas hospitalares. Chamo a atenção para este, visto que, como todos sabemos, as primeiras consultas hospitalares têm que ser, pelo menos, um terço das consultas totais porque, senão, o hospital está a substituir-se aos cuidados primários e a manter lá os doentes, em vez de estar a receber doentes novos, resolver o que tem para resolver e tornar a enviá-los para os cuidados primários. Melhorámos: 24 para 27%, mas estamos longe da meta que era 33%. A maior parte dos hospitais já tem mais de 30% de primeiras consultas.

Quanto aos indicadores relativos à saúde escolar, houve alguma melhoria, nomeadamente nas taxas de cobertura de monitorização do estado de saúde, mas estamos muito longe, muito longe, das metas que nos propusemos e, portanto, alguma coisa tem que ser feita nesta área, assim como, os programas para os alunos com problemas de saúde especiais, o número de escolas em boas condições e, portanto, mais uma vez a política em todas as saúdes e o Ministério da Educação a ter que também ter aqui também um papel relevante.

Finalmente, os que estão no sentido contrário à meta com especial ênfase para a prematuridade, o baixo peso e os partos por cesariana.

O indicador a seguir, os nascimentos em mulheres de mais 35 anos, é desajustado e tem que desaparecer porque socialmente isso não acontece em Portugal, acontece em todo o mundo, cada vez a mulher vai tendo mais tarde os seus filhos e, portanto, este indicador não é um indicador de Saúde, é um indicador, enfim, da evolução social.

Relativamente aos nascimentos pré-termos vejam que, olhando para o mapa da direita com a cor mais escura, vemos que quase em todo o país aumentaram os nascimentos pré-termos. Este facto pode ter múltiplas causas: gravidez mais tardia, tratamento da infertilidade,

aumento relativo da natalidade na população de origem africana. Também o maior investimento da parte dos obstetras que deriva dos bons resultados em neonatologia

Mas o baixo peso já não é assim. Reparem que têm aumentado os nascimentos com baixo peso, parte pelos prematuros, mas também pelos recém-nascidos de termo, de gravidez normal e que nascem com menos de 2,5kg ligado a outros factores, nomeadamente, ao tabagismo materno. O tabagismo tem aumentado nas raparigas e aqui é preciso também uma acção específica, investigação para perceber o que é que leva as raparigas a começar a fumar para depois traçar acções de forma a que não se iniciem no tabagismo.

E, depois, as famosas taxas de que falei ontem: suicídio e o consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos que estão francamente a aumentar. A nossa meta na mortalidade por suicídio era baixar para 2,5% e nós aumentámos para 5,7% e no consumo de ansiolíticos e anti-depressivos era 115, subimos para 152 e a nossa meta era 92. Obviamente que estes são indicadores do Plano Nacional de Saúde que são monitorizados e, neste momento, sendo responsável pela coordenação para a saúde mental, que pertence ao Alto Comissariado da Saúde, quero salientar um estudo feito com a Organização Mundial de Saúde que não é bem sobre o suicídio nem sobre o consumo de ansiolíticos, mas é uma fotografia de Portugal durante o tempo em que o inquérito correu, sobre depressão, ansiedade, estados psicopáticos, etc. Finalmente, vamos saber qual é a dimensão da depressão para a qual não tínhamos dados.

E, portanto, como vêem, o consumo de anti-depressivos, isto é, por embalagens/ por habitante/ por ano, sempre a aumentar, mais ou menos por todo o Portugal.

E depois os indicadores ligados ao Inquérito Nacional de Saúde, que só conseguimos estudar de 5 em 5 anos mas que, mostram que a obesidade tem aumentado, tanto do sexo masculino como no sexo feminino, em todos os grupos etários.

Como queríamos ter a noção do que o Plano Nacional de Saúde significa para os profissionais, fizemos o inquérito, em 2008, a 893 médicos e enfermeiros e a primeira pergunta era: “Já ouviu falar/ conhece o Plano Nacional de Saúde?”. 81% dos profissionais conhecia ou já tinha ouvido falar, e ficámos muito contentes. Mas a seguir fomos ver quem é que já tinha ouvido falar e reparem que o grupo principal era de enfermeiros, seguidos pelos médicos de Saúde Pública e depois Medicina Geral



e Familiar. A pergunta seguinte era: “Já leu?”, bem aí o que era verde ficou muito mais curto, o que era cor de cenoura ficou muito maior e, obviamente que, do total, os 81% que já tinham ouvido falar, só 33% tinham lido. Metade dos enfermeiros que já tinham ouvido falar, tinham lido. Aqui, os Psiquiatras passam a ser logo o segundo grupo que lê o Plano Nacional de Saúde (espantoso!), mas eu penso que isto aconteceu (e depois é que vêm os médicos de saúde pública) porque este inquérito foi feito numa altura em que foi nomeada a Coordenação Nacional para a Saúde Mental e se estava a falar da reforma da Saúde Mental em Portugal.

Esta fotografia da monitorização do Plano Nacional de Saúde anterior e a percepção da forma como o PNS chegou aos profissionais de saúde que estamos a construir o próximo Plano. O Paulo Ferrinho já disse e eu vou repetir, porque não é demais, os eixos deste PNS que será construído de uma maneira diferente: equidade e acesso adequado aos cuidados de Saúde, a Qualidade em Saúde, as Políticas Saudáveis e a promoção da Cidadania.

E, depois, os programas que forem definidos como prioritários pela Senhora Ministra da Saúde e pela Tutela, terão que integrar estes quatro eixos, integrar de modo a que, seja na saúde mental, seja no cancro, se saiba que aquele programa prevê um acesso adequado aos cuidados, a qualidade dos cuidados, prevê que os ministérios que desenvolvem políticas que também têm interferência naqueles ganhos em Saúde, que também vão ser envolvidos e que o cidadão que sabe qual é o seu papel, para se conseguir Mais Valor em Saúde.

O Fórum hoje (ontem e hoje) foi desenhado de forma a que se discutam largamente estes quatro eixos. Cada sessão - e são quatro sessões, duas de manhã e duas à tarde - terá um presidente, um moderador, um facilitador que tentará que o debate seja muito produtivo e uma figura nova que nós chamamos o estratega e que para as duas sessões será o general Loureiro dos Santos (muito obrigada Senhor General, isto é que é mesmo Saúde em todas as políticas) e para as outras duas sessões, o professor José Luis Portela (muito obrigada professor Luis Portela). E qual é a ideia? É precisamente ajudar-nos, depois de ouvir toda a gente falar a dizer que isto é tudo fantástico, mas qual é a forma de operacionalizar.

Como também já dissemos, queremos que este novo Plano seja participadíssimo e que todos sintam este Plano como de cada um e, portanto, além de brochuras, criámos (e a partir de ontem está acessível) no nosso

site um microsite interativo para o Plano Nacional de Saúde. Portanto, qualquer pessoa consegue saber o que é que já está a ser construído e qual é a evolução do novo Plano Nacional de Saúde e consegue interagir mandando contributos, escrevendo pequenos textos, frases, dizendo mal, dizendo bem, o mal e o bem são tudo contributos. Também recebemos contributos através de redes sociais como o Twitter e o Facebook.

Eu queria acabar dizendo, muito brevemente, que o PNS anterior que era exemplar, e eu estou à vontade, porque foi da lavra do Professor Pereira Miguel, Professor Paulo Ferrinho, exemplar porque, no fundo, era abrangente, a sua dimensão tocava em todos os problemas dos portugueses, mas a execução do Plano não foi como se pensou.

A falha está na ligação às entidades executoras: as ARS e, depois, os hospitais, os ACES, os cuidados continuados, etc. e os profissionais de saúde.

Não resisto a mostrar 2 slides de Jonathan Haidt, psicólogo que estuda a gestão nas empresas, e que diz que a motivação para as mudanças na gestão é como o dilema do condutor de elefantes.

O condutor pode traçar uma estratégia e tomar a decisão mas depois tem de conduzir um elefante pelo caminho proposto. Um elefante pesa 30 toneladas e portanto, não é fácil. É preciso também motivar o elefante.

Agora, o que é engraçado é que quem está no Ministério e traça as estratégias, desenha os planos, tem a sensação que para baixo está um elefante que é preciso empurrar e levar pelo seu caminho. Mas quem está em baixo também acha que quem está no Ministério também é um elefante. E portanto eu acabo esta pequena apresentação só perguntando: alguém aqui na sala consegue guiar um elefante? Alguém nesta sala conhece um elefante? Muito obrigada!



SESSÃO DE ABERTURA

LUÍSA SALGUEIRO

VICE-PRESIDENTE DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE SAÚDE

Muito obrigada Senhora Ministra da Saúde, Doutora Ana Jorge, Senhora Alta Comissária da Saúde, Professora Maria do Céu Machado, Senhora Directora Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa. Senhores Presidentes do Fórum e Coordenadores do novo Plano, Doutor Paulo Ferrinho e Jorge Simões, minhas senhoras e meus senhores, eu gostava de começar por agradecer o convite que foi dirigido à Comissão Parlamentar de Saúde para estar aqui presente nesta sessão e dizer que é com muita honra que o fazemos e justificar também a ausência do Senhor Presidente da Comissão, Eng. José Couto dos Santos que, por motivos de ordem pessoal e profissional, não pode estar aqui presente e me dá a mim a grande honra de o representar aqui. Gostava, naturalmente de, antes de mais, saudar o Alto Comissariado e os Presidentes desta iniciativa, pelo facto de a estarem a promover. Esta é, sem dúvida, uma iniciativa única, impar, até porque tem, segundo fui informada, uma participação de 1700 pessoas, portanto, não é muito vulgar ver iniciativas deste género, mas é uma iniciativa única também pelo momento e pela oportunidade que encerra e também pelos temas que traz a discussão. Nós sabemos que estamos neste momento a fazer o balanço do Plano de Saúde 2004-2010 e estamos agora, foi colocado ontem o micro-site à disposição do público, para elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. É, portanto, para todos nós, um momento crucial, este é um momento importantíssimo na definição das políticas de Saúde para os próximos anos. O próximo Plano Nacional de Saúde deverá ser uma alavanca para o desenvolvimento das políticas de Saúde em Portugal e também um elemento aglutinador de todas as instituições que trabalham nesta área. A riqueza do Programa é indiscutível, quando tive a oportunidade de o ler verifiquei, quer pelos trabalhos que já se realizaram ontem, e é também interessante ver que a organização teve a preocupação de chamar aqui a sociedade civil, ouvindo as instituições que trabalham directamente com esta área e que não estão tão directamente relacionados com o Serviço Nacional de Saúde, digamos, mas que têm uma componente muito importante e definitiva na prossecução das políticas de

Saúde, portanto ontem nessa área e hoje mais ligado às instituições directamente intervenientes no domínio da Saúde, tem uma riqueza absolutamente indiscutível, portanto, estou certa, de que no decorrer dos trabalhos que ocorreram já ontem e ocorrerão hoje sairão conclusões absolutamente determinantes para aqueles que têm a grande e nobre responsabilidade de elaborar as linhas orientadoras para o próximo Plano 2011-2016. A minha presença aqui é, sobretudo, para testemunhar a total disponibilidade de todos os deputados que integram, sobretudo os que integram a Comissão Parlamentar de Saúde, alguns dos quais aqui presentes já na sala e outros, seguramente, virão participar mais tarde porque sei que muitos dos colegas deputados têm grande interesse em participar neste Fórum mas, dizia eu, queria deixar aqui o nosso testemunho e o nosso compromisso no sentido de que a Comissão Parlamentar de Saúde está completamente disponível para vir em colaboração com as instituições governamentais e não governamentais, colaborar no processo de construção do novo Plano Nacional de Saúde, aliás, nós temos inscrito no nosso plano de actividades também áreas como aquelas, os eixos fundamentais que estão vertidos já pela equipa para o próximo Plano Nacional de Saúde e, portanto, há uma sintonia total relativamente aos objectivos que temos nesta área e portanto contem com a Comissão Parlamentar de Saúde como um aliado no desenvolvimento do trabalho que agora têm pela frente. Penso que ao nos comprometermos na melhor elaboração deste Plano, estamos também a contribuir para comemorar de uma forma impar os 30 anos do Serviço Nacional de Saúde que recentemente se assinalaram, portanto, o nosso compromisso é com os Portugueses, é com o Serviço Nacional de Saúde também, que queremos cada vez mais forte, mais capaz, e é com todos vós. Da nossa parte, o que podem contar é total disponibilidade e uns aliados fortes da prossecução dos objectivos quer deste Fórum quer, sobretudo, da política de Saúde em Portugal. Muito obrigada.

SESSÃO DE ABERTURA

ANA JORGE

MINISTRA DA SAÚDE

Senhora Directora Regional da Organização Mundial de Saúde,

Senhora Alta-Comissária da Saúde,

Senhoras e senhores dirigentes do Ministério da Saúde,

Senhoras e senhores participantes neste Fórum,

Gostaria de começar esta minha intervenção saudando a realização do 3.º Fórum Nacional de Saúde, bem como todos os seus organizadores, conferencistas e participantes.

Uma saudação especial, se me é permitido, à Senhora Directora Regional da Organização Mundial de Saúde, que muito nos honra com a sua presença.

Este Fórum Nacional de Saúde coloca em destaque o Plano Nacional de Saúde (PNS).

O Plano Nacional de Saúde é um instrumento fundamental para a política de Saúde e para a vida dos cidadãos.

Um instrumento que enquadra a actuação dos diversos actores.

Desde logo, as Administrações Regionais de Saúde, que através da rede de cuidados primários, da rede hospitalar e da rede de cuidados continuados se responsabilizam pela sua implementação.

Mas importa igualmente ter presente que há muitos outros actores que intervêm directa e indirectamente na política de saúde: da administração pública central às instituições às locais, do sector social ao privado, da sociedade científica às organizações não governamentais, nacionais e estrangeiras e dos cidadãos aos profissionais de saúde.

Daí ser tão importante enquadrar a participação de todos na construção, execução e avaliação do Plano Nacional de Saúde.

Ao definir prioridades e metas, o Plano deve ser avaliado. Numa altura em que termina a execução do Plano Nacional de Saúde iniciado em 2004, este é um tempo para proceder à sua avaliação.

Uma avaliação séria e rigorosa.

Gostaria de aproveitar a presença da Directora Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde para agradecer a avaliação que esta organização fez do nosso



Plano, e cujo relatório foi dada a conhecer neste Fórum. Não irei, por isso, entrar no detalhe da avaliação do Plano, até porque a avaliação final global ainda não está concluída.

Mas permitam-me que possa realçar o facto de, já hoje, e com os dados de que dispomos, uma avaliação preliminar apontar para que cerca de 85% dos indicadores referentes à mortalidade demonstrarem um decréscimo. O resultado da avaliação global do PNS 2004-2010 é fundamental para que se tirem ensinamentos dos sucessos, dos ganhos, mas também das insuficiências.

E esta avaliação deve ser feita a pensar no futuro.

Queremos com os resultados do Plano, e com o debate que abrimos com este Fórum, definir em conjunto com todos os sectores da sociedade as prioridades para o próximo Plano Nacional de Saúde, cuja vigência será 2011-2016.

O Ministério da Saúde atribui a maior importância à sua discussão pública e, nesse sentido, convida todos à participação.

O Plano será tanto melhor quanto obtenha contributos diversificados.

Estamos a definir políticas de saúde de forma coerente e fundamentada, tendo presente os valores da justiça social, da universalidade, da equidade, da solidariedade e do acesso com qualidade.

A sua visão é maximizar os ganhos em saúde da população.

E o Serviço Nacional de Saúde assume-se, cada vez mais, como o elemento central de protecção social e redução de iniquidades, dando um contributo da maior impor-

tância para a coesão, justiça e bem-estar das pessoas e famílias.

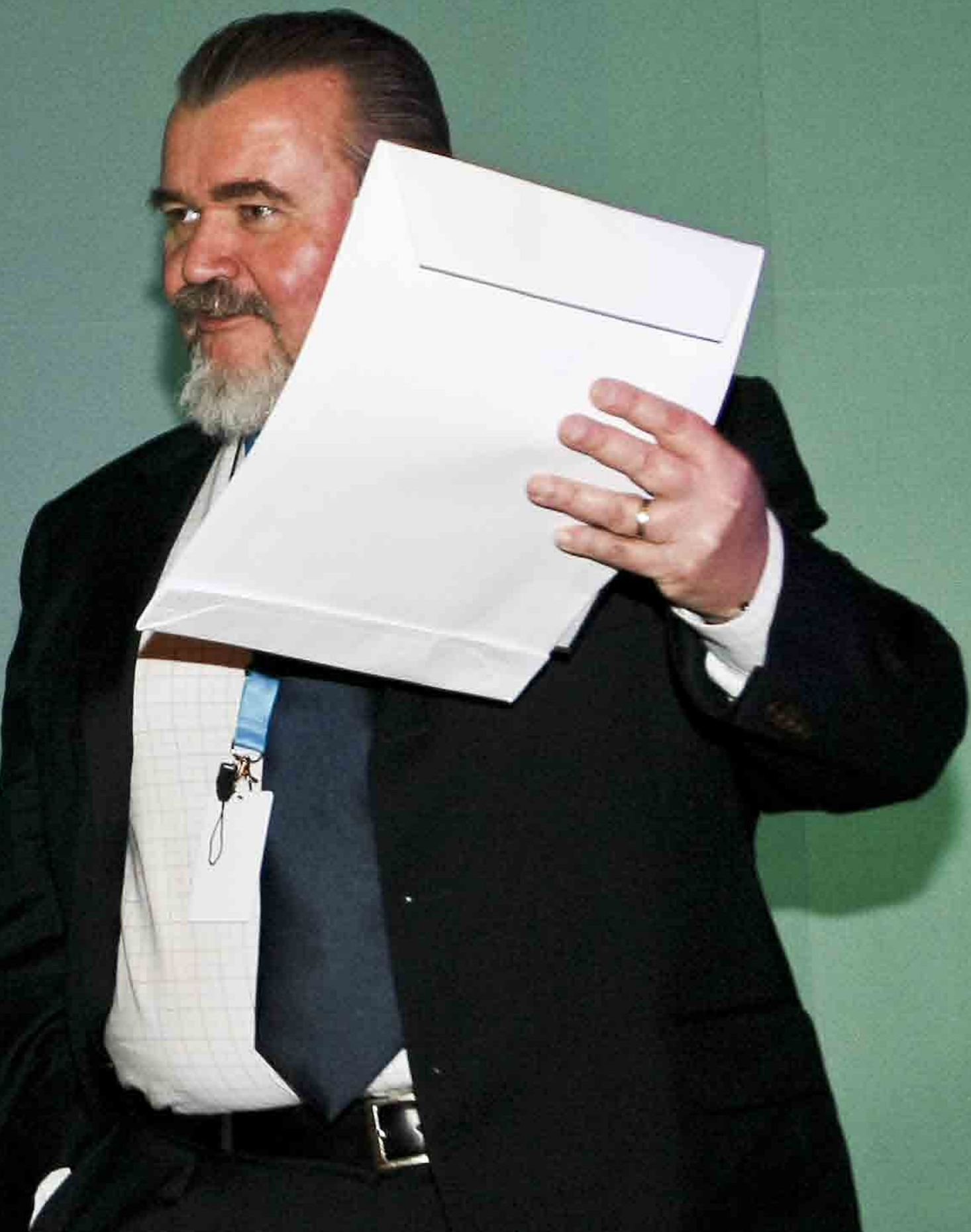
E dentro do SNS, é a dedicação dos profissionais de saúde que garantem o cumprimento dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

Os cidadãos esperam que as entidades responsáveis dêem resposta às suas necessidades em saúde, combatam as desigualdades e orientem os recursos para acções efectivas e eficientes.

A minha convicção é a de que o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 vai ajudar no esforço de se cumprir um dos importantes objectivos do Governo: Saúde: um valor para todos.

Muito Obrigada.





Estratégias de saúde em Portugal: 2004-2010 & 2011-2016

Visão de Portugal A Portugal

Compromisso com um processo...

Comproment to a process

