HEALTH IN ALL POLICIES

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

HEALTH IN ALL POLICIES

ZSUZSANNA JAKAB

WHO REGIONAL DIRECTOR FOR EUROPE

Madam Minister, High Commissioner, colleagues, ladies and gentlemen, it is a real honour and privilege for me to be here with you today and, although I am quite new in my Job – I took up my role as WHO Regional Director for Europe on 1 February, just a month ago – I decided to be here with you on this very important day. The reason is that Portugal plays a very special role in the life of WHO, which has always had very close collaboration with Portugal. It has always been a two-way collaboration, a real partnership. What you are doing in Portugal, and what WHO is doing with you in Portugal, are a very good model for how we should work with European Union (EU) countries. I am very much convinced that WHO should support the major health developments in countries, and this is what we are doing here with you today. We were involved in two ways to support you: one is to evaluate the previous health plan and the other, to do a health system performance assessment, the report on which will come out soon. These two activities will feed into the updated national health plan.

I would like to emphasize that this is how every country should develop its health plan: in a participatory approach. This is very much in the spirit of WHO, which builds and works in consensus. Therefore I would like to assure you, Madam Minister and High Commissioner, that WHO will be with you in the development of the national health plan.

So let me just say a few words about the role that I envisage for WHO in the European Region.

As I said, I am new to my job, and when you are new in your job it is always useful to go back to the roots and to see the objectives of the organization that you stand for. The objective of WHO is clearly "the attainment by all peoples of the highest possible level of health". Also, WHO's definition of health is known to all of you. It is a broad definition: "complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". As WHO's new Regional Director, my vision is to build on the good work of my predecessors in Europe and globally, and to improve health for Europe and Europeans, based on the WHO Constitution. If WHO is to be successful in this endeavour in the coming years and decades,

we have to take into consideration all the new challenges and new opportunities that have emerged in Europe. Europe now has a changed landscape, and we have to adapt our work to this changed landscape.

There are just a few things that I would like to flag, such as the demographic changes and developments, the huge burden of chronic diseases (80% of the disease burden in Europe) and the globalization, security and development agendas, which are all linked with and have impact on health. So Europe is changing, and there are stronger evidence and much better awareness of what is at stake. Everyone knows how important human rights are. Health is a human rights issue. We also know that health is a precondition for self-fulfilment, but it is also a core value for social and economic development. We also know the importance of the root causes of health and health inequalities, which emphasize the importance of intersectoral action and collaboration.

WHO is a very interesting organization because it is more than the secretariat in Geneva or Copenhagen. WHO is the Member States and the secretariat all together. And we – with you in this room and other Member States – acting together can do a lot of good things. From the Constitution you could see that WHO's mandate is very broad, which means that we can address any issues that affect health, and we have freedom in our ways of working with countries. I would like to emphasize this because I come from the European Union; I spent the last five years building up the European Centre for Disease Prevention and Control, where we were always struggling with very complex national and European competences. This difference in the mandates of WHO and the EU necessitates a very strong partnership between the two institutions. Also, WHO has had a longstanding and trustful relationship with Member States. It has a convening power and is a global organization with a decentralized nature, with staff in countries to implement its mandate. I see the diversity of the WHO European Region as a big asset; we have to build on that – using the expertise available in Europe in public institutions, and the huge expertise in EU countries – for the benefit of the countries in most need. Through this, we need to further unite and integrate the European Region. I would like us to reconfirm some of the basic values in our work, such as solidarity, equity, health gain and social justice and many

others. Obviously, if we are to move the European agenda forward, we have to work in partnership because Europe today is completely different from 60 years ago, when WHO was the only player in health. Now the European Region is pretty crowded and we must engage properly with all the new and the traditional partners. I would like to see a WHO in the European Region that works hand in hand with countries and supports them as a centre of public health excellence and a leader in health policies and health systems issues. It should have an approach balanced between public health and health sector development, be a strong evidence-based organization that is relevant to the whole Region and an organization that invests in the priorities but also innovates, inspires and leads the way. I also see WHO as working hand in hand with EU institutions and delivering on the promises made as an accountable and reliable partner.

As I said, partnerships are the key to this new vision of WHO. There are so many powerful partners around us, and together our influence will be stronger and better through a common agenda. I would like to see the WHO Regional Committee for Europe as the place where all the important policies and strategic decisions are discussed with policy-makers, and I hope to encourage ministers to come to Regional Committee sessions to engage in policy dialogue. I would also like to continue to see the WHO Regional Office for Europe as a networked organization, with country offices. Having said that, we also need to strengthen the Regional Office in Copenhagen, to ensure that it has strong technical capacity so that it is relevant for the whole Region.

My priorities are as follows. First of all, health policies, social determinants, vulnerable populations and gender will be very important priorities. Obviously, I will continue with the health system strengthening approach and the implementation of the Tallinn Charter, but, having said that, I would like to renew the commitment of the Regional Office to public health and public health issues. Health systems development and public health must go hand in hand, and this integrated approach will be part of the European health policy that I plan to renew. Prevention and health promotion have to be at the forefront because noncommunicable diseases (NCDs) account for 80% of the disease burden. Prevention is equally important for communicable diseases, as the influenza pandemic has clearly shown. Further, we have to do more with information, evidence, science, research and innovation, as an evidence-based organization. Also, I would like strongly to support the European environment and health process; from here I am going to Parma, Italy for the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health, attended by health and environment ministers. This excellent process is very beneficial, for the whole Region and I would like to explore in which other areas we should have similar processes: for example, with ministers of education, as well as other sectors.

As I mentioned, I want to renew the European health policy as a common European vision, which will provide an inspiration and policy guidance for Member States, partners, public health organizations and professionals. At the same time, it will also seriously address social inequalities that affect health. I strongly believe that making progress towards controlling the NCD epidemic in Europe requires linking the social inequalities and determinants especially to NCD issues; otherwise, we will not succeed in pushing back this disease burden. I also want WHO to see a health policy that drives action to reduce the negative effects of health determinants and helps WHO to earn the public health leadership that will benefit all. And here I would like to underline again that leadership has to be earned and deserved; it is not just given by the WHO Constitution. We have to work for it every day. For me, a successful policy will lead to all countries' seeing health as a governmental responsibility, as you do here in Portugal, with "every minister is a health minister" in his or her own sector. This is an outcome of the meeting in Oslo, Norway that WHO held last year on financial sustainability. I believe in this statement and I strongly believe that we have to move in this direction. Sometimes it looks like a dream or vision, but people need to have dreams and visions.

Why does Europe need a health policy, when there are already so many policies and strategies? The WHO European Region needs a comprehensive, integrative and balanced common policy and strategy, a policy that can address the challenges and opportunities of Europe's changing landscape. A lot was done in the European Region in this respect in the 1980s and 1990s: the development of Health for All policies and the Health21 initiative, which enhanced intersectoral awareness and action.

What I would like to see is a renewal and revival of this approach, combined with the health system approach, so that a renewed commitment to public health goes hand in hand with the new European health policy. The new European health policy will:

- reinforce commitment to health systems' priority issues;
- provide an effective vehicle for strengthening and extending the stewardship function of the health system in terms of reaching out to other policy sectors for better health outcomes;
- support a patient-centred approach, and the values that promote citizen partnership, participation and community empowerment; and
- add practical content and a stronger focus on public health services, public health functions and public health training.

With this approach I would also like to involve very actively national public health institutions, schools of public health. I am looking at my colleagues here for a very strong and close partnership, because I strongly believe that WHO needs to have an institutional basis in Member States, in addition to health ministries, to include public health institutions, schools of public health and obviously also other sectors.

So what should the new European health policy achieve? It should inspire, guide action, be accountable, integrate, lead and catalyse a health development process. It will inspire by promoting transformational values. The financial crisis has opened a new opportunity to re-examine the role of health and to reaffirm core values, and that is what I think we should do. There is a lot to build on; some of you may recall the pioneering work that was carried out under and followed the WHO European Health for All policy of 1984; in the foreword to the policy, Dr J.E. Asvall, who unfortunately passed away recently, said that this policy was a blend of today's reality and tomorrow's dreams. He later said that it succeeded simply because its ideas proved to be sensible, practical and above all capable of inspiring people to think afresh, to take new initiatives and to work together in new ways. The new health policy and strategy will also provide a framework that will help to identify and address key challenges and priorities, and identify ways of dealing effectively with the social determinants and addressing health inequalities at all levels. It will also identify and address the impact of major developments that drive societies' health, as well as the contribution of health to these developments. As part of this updated or new European health policy, I would like to initiate a European study on social determinants, to be led by Professor Sir Michael Marmot. This would clearly build on the work of the global WHO Commission on Social Determinants of Health but also on the good work carried out around in Europe. We are pulling this information together so that it will specifically address the issues that are most relevant to the European Region, such as the huge health divide in Europe. Life expectancy for the population in some eastern countries in the Region is now 18 years less than that of the population in the western part. This is one of the issues, but another is the whole social gradient and its effect on health, which is apparent no matter which part of Europe is discussed. We have to address and build all such issues into the new updated policy. Most important, this European group studying social determinants should translate its findings into policy proposals and practical guidance for both building capacity and taking action in Member States. The new European policy will also help with accountability by providing instruments for transparency. It will help Europe through an integrated approach to move beyond silos and strengthen partnerships and intersectoral work. It will also help WHO to catalyse, lead and be a very important support for the public health development process.

The European Region has huge experience in policy and strategy development: 30 years of tradition in developing European policies and strategies started with the declaration of Alma-Ata, and the most recent addition is the Tallinn Charter. According to a Regional Committee resolution, the Regional Office is supposed to have an updated heath policy by 2013, but I would like to speed up the process and get a mandate from the Regional Committee in 2010 to send an updated health policy with a participatory approach to the Regional Committee for consultation next year, in 2011.

The 2008 report of the WHO Commission on Social Determinants and Health reiterates the importance of intersectoral action for health and of health in all policies to achieve health gains and to reduce health inequalities. The rationale for the health-in-all policies approach is well known to many of you, but it is always important

to remind ourselves that health is produced and endangered in people's everyday environments and activities. In addition, many decisions that affect health are made in sectors other than health, and all public policies positively or negatively affect health and its distribution among the population. Further, all sectors' policies affect the social determinants of health and these policies are increasingly intertwined.

So what in fact is the health-in-all-policies approach? It is an innovative tool that can help affect the critical role that health has in the economy and in social life. It enables governments to introduce better health, and make closing the health gap a shared goal across all parts of government. The "shared goals of the government" is the important message. The approach also aims to address complex health challenges through an integrated policy response across government portfolio boundaries, and helps governments address the key determinants of health in a more systematic manner. Importantly, it enables the benefit of improved population health to be a goal of non-health sectors.

There are many good examples of the health-in-all-policies approach being adopted across the world. The most recent comes from Australia as part of the International Meeting on Health in All Policies, held in Adelaide, but there are also many good examples in Europe. I think that the Portuguese experience is probably one of the best recent examples, which can lead the way for the other countries to go through a similar process.

Health ministries have a very important role in health in all policies, actually a multiple role. Through the stewardship function, the ministry must be a leader in health issues with other sectors, but also their supporter in different issues, a partner in every issue and a defender of the right to health in all health issues.

I very much welcome the Portuguese health in all policy as an excellent initiative to improve health outcomes and the health status of the Portuguese population. There have been some very significant achievements of the national health plan that already relate to health in all policies. First, as you heard from the High Commissioner, the health status of the Portuguese people has improved, and it is extremely significant that it has started to converge with the EU-15 on many the health indicators. This is the greatest achievement of your plan, which shows that it has been a good investment. Thus, Madam Minister, having a new plan for the coming period is also a good investment! The health plan has also provided strong support for health gain by all the stakeholders involved, and enhanced accountability and transparency for health gains; the creation of the function of the High Commissioner was a very important step in this direction. Also, the creation of the interministry committee, which gathers various representatives across the Government, has been useful in promoting and stimulating intersectoral action and performance improvement.

The Ministry of Health has a history of very good collaboration with the ministries of environment and education, but some other ministries will need to be involved more actively during the next phase of the plan. For example, including the ministries of finance and justice on the interministry committee is an absolute must, but I would also advise reaching out to other ministries, such as foreign affairs, because health and foreign policies (health as part of foreign diplomacy) are very closely interlinked these days.

Coordinated government action is an important element in success that needs to be built into the next plan. In finalizing the next version of the plan, of course, a few other challenges will arise. A health system stewardship function in the Ministry of Health is clearly a key element for success. Integration at the central level between strategy, decision-making and implementation will bring strong alignment, performance management and accountability. To build on the recent positive efforts in this direction, information needs to be used to monitor and drive performance improvement, and overall the information culture needs to be promoted to ensure further intersectoral collaboration. In all this, Portugal can build on all its strengths; for example, during its EU Presidency, I recall that you did a lot of pioneering work on the social determinants of health, and migration and health. That is something that you can take into consideration.

Further, Portugal has some very successful policies on maternal and child care and early childhood development, which are closely linked with the social determinants of health. It also has a huge and strong research capacity,

and the close relationship between the Government and the research community needs further strengthening. Portugal can also exploit European and global experience for the next phase of the national health plan, including strengthening the mechanisms for governance and coordination of intersectoral action, particularly with the ministry of finance.

One more issue to flag is that tools such as health impact assessment are always useful in intersectoral collaboration. I would like also to put the weight of WHO behind health impact assessments through the new health policy, because every time that new legislation is being developed in another sector, if a country is serious about the health-in-all-policies approach, the legislation should always go through impact assessment, particularly a health impact assessment. This is very useful, but I know it is quite a challenge to implement. Obviously a country has to involve all the elements across government, but also the public health community, and the regional and local levels, as Portugal does today. From this perspective, the consensus-building process is going fine.

Further, it may be useful for the Government to send regular reports to the parliament on how the health status of the population is improving in Portugal. This would not only keep the parliament informed but also link social determinants and health activity, so that the parliament the other political powers can follow up and ensure accountability.

Let me close with a few thoughts. A European health policy will be successful when governments take collective responsibility for achieving health gains. This means that every minister should be a health minister in his or her sector. As the health sector understands and recognizes that health is not the only priority of governments, it must work with the other sectors to have an approach that fits the other priorities. To achieve sustainable health gains, the health sector must be able to argue for health in an understandable way and position it clearly in the framework of other, conflicting priorities. The health sector also needs to gain the support of the population, and to engage and inform people through new media channels. This reminds me that one of the key challenge for health policy and public health in the years to come will be to build a new communication and information strategy that makes maximum use of the present high-quality technologies. The influenza pandemic clearly showed that communication strategies in the public health area have not yet achieved this. Faster progress is needed, as those in the antivaccination group used communication technologies much better and therefore had better resources than many countries did to communicate on influenza vaccination campaigns. This was not the case in Portugal, which had a very impressive communication strategy.

Thus, interconnected policy-making is essential for the health sector in the 21st century, and it requires building strong capacities and momentum for integrating health policies. The health-in-all-policies approach is demanding; it requires an active approach from the health minister and different and new capacities, structures and processes, which will be even more useful if they have a legal basis. One of the things that I think WHO has to do is to help governments to put all these new structures and processes in place: not only to advocate health policies but also to support them, as WHO has done in the case of Portugal.

Finally, Madam Minister, High Commissioner, let me say that Portugal has many very positive assets and opportunities to make good progress in putting health in all policies through the next national health plan. It also has the opportunity and duty to pave the way for other countries in the European Region with the experience that it has developed during the last few years. Let me assure you all that WHO will work hand in hand with you to develop the next health plan and further to improve the health of all Portuguese citizens. Thank you very much.

EQUIDADE E ACESSO ADEQUADO AOS CUIDADOS

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

CONFERÊNCIA

LUÍS PISCO

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Muito bom dia a todos. Gostaria de começar por cumprimentar os meus colegas de mesa, cumprimentar todos os presentes, agradecer a amabilidade do convite e a oportunidade para os Cuidados de Saúde Primários estarem presentes. De facto, um tempo nobre que eu vou procurar utilizar o melhor possível.

No passado dia 5 de Março o Jornal Público comemorou 20 anos de existência e tinha um interessante artigo chamado "Fosso entre ricos e pobres: pouco mudou", assinado pela jornalista Raquel Martins. E dizia-se que o país está tão desigual como em meados da década de 90. Os indicadores oficiais mostram que não há mais pobres, mas os ricos estão ainda mais ricos. Na verdade, a desigualdade na distribuição da riqueza era tão grave em 2008 como em 1997. Olhando para a evolução dos indicadores pouco mudou nas últimas décadas.

E, tinha um subtítulo que dizia "Em Portugal, a pobreza e a desigualdade tendem a andar de braço dado" e se compararmos os índices dos últimos 20 anos, o que tem sido feito na redução das desigualdades é muito pouco. E isso tem a ver com a natureza da nossa desigualdade e com as políticas seguidas, mas que somos dos mais desiguais da União Europeia é inquestionável. Quem o diz é o Doutor Carlos Farinha Rodrigues, investigador do ISEG, um economista que tem dedicado muito do seu tempo ao estudo da pobreza e da desigualdade no nosso país. Contudo, as políticas sociais têm uma capacidade limitada na redução das desigualdades, dado que não é esse o seu objectivo principal. É por isso que há economistas que defendem que a redução das desigualdades exige não somente a melhoria das condições de vida dos grupos sociais mais vulneráveis, mas igualmente uma distribuição mais justa de todos os recursos gerados pela sociedade. Se as políticas contra a pobreza têm tido alguns resultados, o sucesso no combate à desigualdade implica mexer com interesses instalados, citando mais uma vez o mesmo autor.

É incontestável que temos níveis de desigualdade muito elevados que se têm mantido praticamente inalterados nos últimos anos. Se compararmos os nossos índices de desigualdade nos últimos 20 anos tem-se feito, objectivamente, muito pouco. Enquanto ao nível da pobreza houve melhorias muito significativas – passamos de taxas de pobreza de 26% para 18% – ao nível de desigualdade isso não tem acontecido. O motor da nossa desigualdade não é tanto os pobres estarem a ficar mais pobres, mas os ricos estarem mais ricos.

As políticas sociais como o rendimento social de inserção ou o complemento solidário para idosos não foram desenhadas para reduzir as desigualdades mas para reduzir a pobreza e, nesse aspecto, tem tido um êxito bastante significativo. No médio e longo prazo a questão chave é a qualificação e a educação. Só conseguiremos reduzir de forma sustentável as desigualdades em Portugal alterando o nosso nível de qualificação.

Mas, nem tudo corre mal e nesse mesmo artigo vinha uma história de sucesso: a Saúde, precisamente. E os bons resultados conseguidos no que respeita à taxa de mortalidade infantil, à taxa bruta de mortalidade e ainda à esperança de vida – e hoje tivemos aqui, a professora Maria do Céu Machado que deu um belíssimo exemplo do que temos conseguido nessas áreas – também podem ser relacionados com o aumento significativo do número de profissionais de saúde.

Uma nova análise dos determinantes da saúde e do desenvolvimento humano levou a uma crescente percepção de que a saúde deve ter um lugar central na agenda do desenvolvimento. O maior apoio à saúde reflecte-se na forma como o desenvolvimento vem a ser definido. Inicialmente a saúde foi considerada apenas como uma contribuição para o crescimento económico, mas agora o entendimento predominante é multidimensional e tem base na ideia de desenvolvimento humano. Os cidadãos esperam que o sistema de saúde lhes facilite acesso a cuidados de saúde com qualidade, equidade e segurança no momento e local onde eles necessitam. Um conceito abrangente de saúde é cada vez mais indissociável da família e da comunidade e será por isso importante assegurar a existência de equipas multiprofissionais que se possam articular e convergir para a prestação de cuidados de saúde globais tanto na especificidade do indivíduo e da família, como de forma mais abrangente na comunidade.

Um sistema de saúde com base nos cuidados de saúde primários deve ser parte integrante das estratégias de desenvolvimento sócio económico, fundamentada em valores compartilhados e envolvendo mecanismos de participação activa que garantam transparência e responsabilização a todos os níveis.

Isso inclui actividades que possibilitem aos indivíduos gerir melhor a sua própria saúde e que estimulem a capacidade das comunidades se tornarem parceiras activas no estabelecimento de prioridades, na gestão, na avaliação e na regulação do sector da saúde.

Existe um crescente reconhecimento de que os cuidados de saúde primários são uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde. Além disso, uma abordagem renovada dos cuidados de saúde primários é vista como uma condição essencial para cumprir os compromissos de metas de desenvolvimento acordadas internacionalmente, incluindo as contidas na Declaração do Milénio abordando os determinantes sociais de saúde e alcançando o nível mais elevado possível de saúde para todos.

Cuidados de saúde primários associados a melhores condições sociais e ambientais, resultantes de políticas sociais e de saúde pública, constituem-se como um factor determinante para se alcançar qualidade, efectividade e equidade nos serviços de saúde reduzindo assim as desigualdades. A participação efectiva dos cidadãos e da comunidade nas estruturas de gestão dos cuidados de saúde primários equivale a um passo decisivo no sentido da reapropriação dessas estruturas por parte da comunidade enquanto dispositivo colectivo solidário de protecção e coesão social.

A visão de um sistema de saúde com base nos cuidados de saúde primários está bem inserida no espírito de Alma-Ata e, ao mesmo tempo, recebeu novas contribuições tais como a carta de Otawa para a promoção da saúde, a Declaração do Milénio e a Comissão sobre os determinantes sociais da saúde. As discussões iniciais sobre a renovação dos cuidados de saúde primários passaram rapidamente do debate técnico sobre serviços de saúde para uma reflexão sobre valores sociais como determinantes fundamentais de saúde e de sistemas de saúde.

A meta fundamental da renovação dos cuidados de saúde primários é obter ganhos sustentáveis de saúde para todos. Implica reconhecer e facilitar o seu papel como uma abordagem para promover condições de saúde e desenvolvimento humano mais equitativas.

Significa dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais tais como acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos, compromisso político e o desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de alta qualidade.

Recomendo vivamente a leitura, não só o conhecimento mas a leitura, de dois importantes documentos que traduzem esta proposta de renovação dos cuidados de saúde primários, qualquer um deles traduzidos em português. O primeiro, o Relatório Mundial de Saúde de 2008, Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca, traduzido pelo Alto Comissariado para a Saúde, o segundo um documento elaborado pela Organização Pan-americana de Saúde, chamado Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas.

E neste mesmo documento aponta um conjunto de valores, princípios e elementos de um sistema de saúde com base nos cuidados de saúde primários e, provavelmente o mais importante é a identificação de valores essenciais para estabelecer as prioridades nacionais e para avaliar se as mudanças sociais respondem às necessidades e expectativas da população. Estamos a falar do direito ao mais alto nível possível de saúde, equidade e solidariedade – são estes os valores. E depois temos um conjunto de princípios que estabelecem os fundamentos para as políticas de saúde, para a legislação, critérios de avaliação, geração e locação de recursos para o funcionamento do sistema de saúde. E por fim um conjunto de elementos importantes que permitem organizar as políticas, os programas e os serviços.

E assim os valores em que se deve basear a gestão pública, e por mais na área da saúde, tem a ver com a solidariedade no sentido de contribuir para a diminuição das desigualdades que afectam os mais vulneráveis, a equidade para que o sistema de saúde produza uma oferta de qualidade para todos, a integração de cuidados para assegurar a coordenação com os outros recursos que intervêm na prestação de cuidados de saúde e a ética de serviço público que promova a eficiência, a participação dos cidadãos e o envolvimento dos profissionais.

As iniquidades crescentes representam mais do que apenas deficiências do sistema de saúde. Elas apontam para a incapacidade das sociedades de lidar com as causas subjacentes da saúde precária e da sua distribuição injusta. Hoje em dia a rápida proliferação de novas tecnologias de saúde e de informação têm o potencial de ajudar a diminuir, ou a aumentar ainda mais, essas iniquidades.

Equidade na saúde aborda as diferenças injustas no estado de saúde, no acesso aos cuidados e aos ambientes promotores de saúde e ao tratamento dentro do sistema de saúde e de assistência social. Equidade tem um valor intrínseco uma vez que se trata de um pré requisito para a capacidade, liberdade e direitos humanos. Equidade é um dos alicerces dos valores sociais. A forma como as sociedades tratam os seus membros menos favorecidos reflecte um julgamento implícito ou explícito sobre o valor da vida humana. O raciocínio lógico por trás disso não é simplesmente a eficiência, a custo-efectividade ou a caridade, em vez disso numa sociedade justa equidade deve ser vista como um imperativo moral e uma obrigação legal e social.

E por isso, temos que ter todo o cuidado para que aquilo que aconteça é: para maiores necessidades ocorram maiores serviços e esta de uma forma simplificada seria a situação desejada e não de facto o inverso: a lei dos cuidados inversos estabelecida por Julian Tudor Hart, um médico de família inglês, que aponta o facto de terem mais acesso aos serviços aqueles que menos precisam. E é isso que temos que evitar.

Existem evidências que os sistemas de saúde com base nos cuidados de saúde primários são capazes de melhorar a equidade por que a abordagem dos cuidados de saúde primários é menos dispendiosa para os indivíduos e mais custo-efectiva para a sociedade em comparação com cuidados orientados para as especialidades.

Há evidências consideráveis dos benefícios dos cuidados de saúde primários. Estudos internacionais mostram que, considerados iguais os demais factores, países com sistemas de saúde fortemente orientados para os cuidados de saúde primários têm maior probabilidade de apresentar resultados em saúde melhores e mais equitativos, serem mais eficientes, terem menores custos e alcançarem melhor satisfação do cidadão do que aqueles cujo sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação para os cuidados de saúde primários.

Estudos demonstram que o fortalecimento de serviços de cuidados de saúde primários reduzem as taxas gerais de hospitalização para condições como angina, pneumonia, infecções do trato urinário, doença pulmonar obstrutiva crónica, paragem cardíaca e infecções do ouvido, nariz e garganta, entre outros.

Pessoas que dispõem de apoio regular de cuidados de saúde primários, para a maior parte das suas necessidades de saúde, ficam mais satisfeitas, seguem melhor as prescrições, são menos hospitalizadas e utilizam menos os serviços de urgência do que aquelas que não têm essa possibilidade.

A reforma dos cuidados de saúde primários deve considerar como objectivos primordiais a atingir, e estou-me a referir à reforma portuguesa actualmente em curso, cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos, recompensa pelas boas práticas profissionais, eficiência e sustentabilidade dos sistema de saúde. Sem sustentabilidade não vamos ter, de facto, Serviço Nacional de Saúde para os próximos 30 anos.

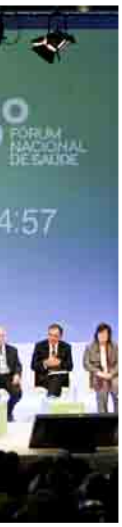
E portanto este é um processo de mudança em que as unidades de saúde familiares, provavelmente a parte mais visível até ao momento do que estamos a fazer, conseguiram em simultâneo mais eficiência, mais acessibilidade, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos – numa palavra, mais qualidade. São um bom exemplo do sucesso da filosofia de gestão que recomenda não dizer às pessoas como fazer as coisas, mas sim atribuir uma missão para cumprir e dar liberdade para o fazer.

A reforma vai continuar, tem que continuar. Há um conjunto de coisas que têm que ser feitas. Existe um plano estratégico para a globalidade da reforma e que passa por 5 grandes eixos de trabalho. O primeiro tem a ver, com o investimento em melhorar a saúde das pessoas, das famílias e das comunidades. Esse é primeiro eixo. Isto consegue-se com uma boa governação clínica e de saúde e por isso cada vez temos que ser melhores profissionais e dar qualidade e segurança aos cidadãos. Temos que tratar bem os recursos humanos da saúde e velar pelo seu bom desenvolvimento profissional, temos que melhorar a nossa gestão, organização e participação dos cidadãos nas estruturas do serviço nacional de saúde e dos cuidados de saúde primários e por último, se queremos que essas melhorias sejam sustentáveis vamos ter que ter políticas de inovação e de qualidade para os próximos anos.

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

Os determinantes sociais da saúde são fortemente responsáveis pelas desigualdades em saúde. Diferenças evitáveis e injustas nos níveis de saúde que são observáveis quando comparamos países ou mesmo regiões geográficas. Contudo, o essencial da mudança centra-se sobre o modo de fazer as coisas. Sem dúvida que colocar a justiça social e a equidade na agenda politica não é uma tarefa fácil, porém no momento em que existem claras orientações para levar a prática tais aspectos de equidade seria um erro não as aplicar, o que precisa de ser feito, é claramente uma coisa simples, colocar em prática as orientações emanadas pela Comissão para os determinantes sociais da saúde adaptando-as à realidade nacional. Todas as sociedades deverão ser capazes de resolver estas disparidades em saúde numa geração. Muitas serão as consequências se isto não for feito. Muito obrigado pela vossa atenção.

3º
FÓRUM
NACIONAL
DE SAÚDE



PAINEL

JUSTINO ROMÃO

ASS. NAC. ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Muito bom dia.

O que Vos quero aqui transmitir é uma pequena história do que faz ou pretende fazer a Associação Nacional de Espondilite Anquilosante (ANEA) no âmbito deste conceito da equidade e acesso aos cuidados de saúde.

A ANEA é a associação dos doentes portadores de espondilite anquilosante, tem cerca de 2800 associados que são, essencialmente, portadores da doença e os seus amigos.

Para se perceber um pouco a função da Associação, farei uma pequena nota sobre o que é a espondilite anquilosante: uma doença reumática inflamatória crónica que afecta a coluna vertebral, as articulações, incluindo as sacro-ilíacas e outras. Tem manifestação frequente de dor lombar que se agudiza com o repouso, que se atenua com a actividade e, por conseguinte, não permite que as pessoas estejam muito tempo em pé, nem sentadas, nem deitadas. Portanto, há um factor de dor crónica nesta doença que tem um forte impacto na vida pessoal, familiar, profissional, dos portadores.

Os períodos inflamatórios, frequentes, podem limitar ou impossibilitar a mobilidade, causam dores muito intensas, e a inflamação pode conduzir a deformação da coluna vertebral.

Então, nesta situação, qual é o papel de uma associação?

Pretende-se uma acção junto dos doentes, em particular junto daqueles em que a doença foi recentemente diagnosticada e dos novos associados.

Porque se trata de uma doença que causa forte impacto psicológico, onde a sua aceitação é por vezes difícil, temos o gabinete de apoio ao doente espondilítico que se destina a acolher, informar, esclarecer, apoiar,

divulgar, literatura científica sobre a doença.

O papel da associação de doentes é ainda criar condições para que os espondilíticos disponham de tratamento adequado às suas necessidades específicas, relacionadas com a doença, onde quer que residam.

Este é um objectivo da associação: Disponibilizar terapêuticas apropriadas a uma resposta à doença, que inclui a prática de exercício físico, em ginásio, em piscina terapêutica aquecida, com acompanhamento de profissionais qualificados e especializados no tratamento da espondilite anquilosante. Promover o acesso a estas terapêuticas em condições financeiras de baixo custo, para que esse acesso não seja condicionado pela capacidade financeira do utente:

- Temos uma piscina terapêutica na sede, em São Domingos de Rana, para prática de exercícios em classes de doentes espondilíticos;
- Temos salas de exercícios com equipamentos, ginásios, salas de fisioterapia;

Todos estes equipamentos e tratamentos estão disponíveis para os doentes, na sede e noutros locais que indicarei seguidamente.

Temos também, na sede, consultas de Reumatologia, Fisiatria, Oftalmologia e Psicologia que são as especialidades mais relacionadas com a doença espondilite anquilosante.

Tratando-se de uma associação nacional, ela tem a sede equipada em São Domingos de Rana mas tem também onze núcleos regionais (Lisboa, Ovar, Ponte de Lima, Porto, Vila Real, Viseu, Algarve, Braga, Coimbra, Cova da Beira e Leiria), havendo mais dois núcleos em génese.

Este é também um objectivo: de que haja uma cobertura nacional para os doentes, independentemente do sítio onde eles se encontrem. A maioria destes núcleos assegura, dependendo das condições, das possibilidades locais, a organização de classes terapêuticas com exercícios em piscina e em ginásio.

Actualmente, são cerca de 160 os utentes destas valências terapeuticas.

A ANEA, para prestar estes serviços, utiliza os serviços de profissionais qualificados, fisioterapeutas, a quem promove formação específica, divulgando ainda essa informação necessária através do seu sítio na internet.

O financiamento é uma questão essencial para assegurar a equidade na prestação destes cuidados.

Estes tratamentos são muito caros porque a piscina aquecida a 33/34ºC tem um custo de energia enorme. Utilizar profissionais muito qualificados também tem custos importantes.

Temos no entanto um objectivo: que o custo para o utente não seja um impedimento à sua utilização.

Atingimos actualmente um custo para o utente de cerca de 50% do custo efectivo do serviço. É claro que para esse feito também contamos com o apoio do Ministério da Saúde em programas a que nos candidatamos. Apresentamos candidaturas a projectos que são, em geral, aprovados.

Que desafios para os próximos anos?

- Melhorar os serviços disponibilizados na sede e nos núcleos, em particular nos núcleos, porque fora dos grandes centros há muito que fazer para melhorar o acesso; - Promover, com o apoio das autarquias locais e das entidades governamentais, a disponibilidade de piscinas terapêuticas aquecidas num maior número de núcleos regionais;
- Motivar os doentes para se organizarem na abertura de novos núcleos e contribuir assim para melhorar a condição física, psicológica, profissional, familiar, do doente portador de espondilite, independentemente do seu local de residência e da sua condição financeira.

Portanto, a título de síntese desta minha apresentação sobre como é a experiência da ANEA e como esta encara a questão da equidade e do acesso adequado aos cuidados de Saúde, diria isso se traduz no acolhimento e na informação do doente, na disponibilização de cuidados de saúde adequados às necessidades específicas dos doentes com espondilite, na promoção de cuidados de saúde descentralizados, a um custo moderado para os utentes, contribuindo assim para a melhoria da condição do doente espondilítico.

Muito obrigado.

PAINEL

EDMUNDO MARTINHO

Instituto da Segurança Social

Em primeiro lugar, gostava naturalmente de agradecer à Senhora Alta Comissária o convite que me fez para estar presente neste Evento e saudar, especialmente, o facto de neste 3º Fórum Nacional da Saúde haver a preocupação de debater as questões da equidade e do acesso aos cuidados, sobretudo neste ano de 2010 em que se assinala, em toda a União Europeia, o Ano Europeu do Combate à Pobreza e à Exclusão Social. Por este facto, os meus agradecimentos e a minha saudação muito especial.

Começaria por dizer que em relação à questão da equidade e do acesso adequado aos cuidados lidamos com um problema que não é exclusivo da área da saúde pois temos em Portugal ainda défices muito elevados no que diz respeito ao acesso aos direitos dos cidadãos e, em especial, aos direitos sociais. Este é um défice que resulta de obstáculos sucessivos e variados que encontram origens, quer na qualificação pessoal e social de cada um de nós enquanto cidadãos, quer na forma como as próprias políticas vão sendo desenhadas, desenvolvidas e disponibilizadas aos cidadãos. Temos, então, um défice relativamente aos direitos em geral que, naturalmente, se repercute inevitavelmente também naquilo que é a equidade no acesso adequado aos cuidados de saúde.

A intervenção da Senhora Directora Regional da OMS para a Europa foi, desse ponto de vista, muito eloquente, tendo elencado variadíssimos desafios, dos quais gostaria de fundamentalmente centrar-me num deles e que tem que ver com esta noção de sustentabilidade que, aliás, o Professor Pisco já referiu na sua intervenção, para dizer o seguinte: quando falamos de sustentabilidade ambiental procuramos sobretudo perceber como é que podemos reduzir os riscos de predação dos recursos naturais e de limitação daquilo que é a capacidade ambiental de acolher bem a espécie humana e cada um de nós, enquanto cidadãos. Quando falamos de sustentabilidade do lado das políticas sociais, quase sempre tendemos a associar a sustentabilidade àquilo que é a sua dimensão financeira, ou seja, falamos de sustentabilidade das políticas sociais e pensamos quase sempre se temos dinheiro para as levar por diante. Ora, naturalmente que a questão dos recursos é absolutamente crítica e essencial e, sobretudo, a forma como utilizamos os recursos que nos são colocados à disposição, mas diria que, deste ponto de vista, temos que começar a olhar para as questões da sustentabilidade e, em particular, dos sistemas de saúde e do sistema global de protecção social dos cidadãos, na perspectiva de que temos que ser capazes de manter, com qualidade, serviços adequados aos interesses e às necessidades dos cidadãos. Para isto temos, naturalmente, necessidade de recursos, temos necessidade de os gerir bem mas a sustentabilidade aqui deve dirigir-se, fundamentalmente, ao modo como entendemos a importância central e crucial para uma sociedade saudável os cuidados e, em particular, os cuidados de saúde.

E esta questão conduz-me à forma como temos vindo, progressivamente, a ser incapazes de introduzir esta dimensão nas preocupações com a Saúde no conjunto das políticas. Costumo, nesta matéria, dar dois exemplos: um de uma medida que, de alguma maneira foi capaz de promover este desenho conjugado e outra, que apesar do resultado ter sido nesse sentido, não foi desenhada dessa forma. No primeiro exemplo, o abono de família pré-natal que, como se recordam, foi uma medida relativamente recente no nosso universo e foi desde a primeira hora desenhada nesta perspectiva dupla de dizer assim: como é que apoiamos estas mães, estas mulheres grávidas no seu período de gravidez? como é que as apoiamos financeiramente, mas como é que, simultaneamente, asseguramos que este acompanhamento financeiro se traduz em ganhos de saúde e em ganhos de qualidade no acompanhamento clínico e no acompanhamento médico destas mães? E isso foi possível e foi feito desde a primeira hora neste desenho. E este é o caminho que temos que ser capazes de seguir. Exemplo contrário, ou seja, em que apesar do resultado ter sido um resultado de combinação de esforços, o desenho desta medida não foi feito de forma conjugada:

o complemento solidário para idosos e benefícios adicionais de saúde. O complemento solidário para idosos foi desenhado na perspectiva da redução dos índices de pobreza, dos níveis de pobreza dos pensionistas. Já depois de estar instalada esta medida no terreno, pensámos que poderíamos associar aqui alguns benefícios adicionais, nomeadamente ao nível da saúde para quem fosse beneficiário deste complemento. O que quero dizer com isto? O resultado final, dirão, é um resultado adequado do ponto de vista do interesse destes cidadãos, destes pensionistas mas, a medida teria sido mais capaz, mais adequada do ponto de vista dos seus resultados se desde a primeira hora tivesse havido esta preocupação do desenho conjugado.

Dou estes dois exemplos como forma de sublinhar que temos hoje algumas áreas prioritárias, nomeadamente das crianças, da deficiência e temos de ser capazes de desenhar conjugadamente as políticas. Por exemplo, na área da deficiência, andamos há anos a tentar por de pé o modelo adequado dos produtos de apoio, as chamadas ajudas técnicas, mas continuamos a assistir todos os dias nos jornais, a campanhas de angariação de fundos para encontrar uma cadeira de rodas para uma pessoa. Ora, do ponto de vista da organização dos nossos recursos colectivos, esta é uma dimensão crítica onde falha a nossa capacidade de nos conjugarmos entre Ministérios, entre sectores. Referi o exemplo da deficiência mas outras questões como a dependência associada ao envelhecimento e à saúde mental são também questões muito críticas deste ponto de vista.

Para terminar, gostava de sublinhar, uma vez mais, a importância da forma como temos que ser capazes de entender e de utilizar os recursos colectivos que nos são colocados à disposição, de entender que as políticas são sectoriais naquilo que é o seu desenvolvimento e a sua responsabilidade, mas não podem mais ser sectoriais naquilo que é o seu desenho e naquilo que é a sua coerência relativamente a esta atitude conjugada de sermos capazes de desenhar cidades saudáveis. E gostaria de vos deixar mais um exemplo do que refiro, exemplo que eventualmente não é consensual, mas que tem que ver com o modo como ainda hoje desenhamos as nossas cidades. Continuamos a apostar na construção de bairros sociais, na concentração urbana de famílias com particulares dificuldades de acesso aos seus direitos, quando sabemos hoje que esse tipo de prática é uma opção que se traduz inevitavelmente em perdas do ponto de vista das várias dimensões da vida social e, em particular, das dimensões de saúde. Continuamos, no entanto, a apostar neste tipo de soluções, quando se deveriam optar por soluções de recuperação daquilo que é o nosso tecido urbano e na recuperação das casas e da integração plena destas pessoas na vida das suas comunidades. Este é mais um exemplo e um reflexo de quanto estamos ainda longe de conseguir uma leitura conjugada dos diferentes níveis de responsabilidade, dos diferentes sectores de responsabilidade, assumindo que no centro de tudo têm de estar, não os profissionais de cada um dos sectores, não a dimensão institucional de cada um dos sectores mas, fundamentalmente, o direito ou os direitos, de cada cidadão, de cada família, de cada grupo e de cada comunidade.

Esta será a chave do nosso sucesso e este é o caminho que aliás está apontado no Plano 2010-2016 e que nos pode ajudar muito a tornar Portugal num país bem melhor, do ponto de vista, quer da equidade no acesso aos cuidados, quer da adequação no acesso a esses cuidados.

Muito obrigado.

PAINEL

ISAURA VIEIRA

INFARMED, I.P.

Esta intervenção centra-se numa área que, em conjunto com outros cuidados de saúde, tem também um papel relevante na Saúde, pelo menos no que consta a gastos, tem cerca de 20% dos gastos em Saúde, que são os medicamentos.

Alguns dos ganhos em saúde decorrentes de um maior acesso aos cuidados de saúde geram também no presente e futuro novas necessidades em saúde, como por exemplo o aumento da longevidade da população e

a alteração dos padrões epidemiológicos de doença, permitindo que doenças fatais passassem a ter um perfil de doença crónica. Sente-se assim uma necessidade crescente de acesso a um maior número de medicamentos e a novas tecnologias.

Por outro lado as metodologias associadas à I&D têm tido crescentes desenvolvimentos, muito associado ao desenvolvimento das novas tecnologias e à descoberta do genoma humano. Este desenvolvimento tem um impacto directo nos custos associados à I&D o que implica uma aumento do custo da inovação.

A melhoria do acesso às novas tecnologias aumenta o conhecimento, por parte da população, do seu estado de saúde e das alternativas de tratamento disponíveis, aumentando as expectativas da sociedade.

Em contraponto a estes desenvolvimentos encontra-se o crescimento económico, que nos últimos anos tem sido limitado ou até mesmo negativo.

Esta dicotomia obriga a que, ao pensarmos em acesso e equidade aos cuidados de saúde, teremos também que pensar numa forma sustentada de manter ou melhorar a qualidade deste acesso. Logo, temos que pensar numa gestão eficiente dos recursos que temos disponíveis.

A regulamentação na área da comparticipação/financiamento de medicamentos tem vindo a ser desenvolvida nesse sentido, ainda que com algumas limitações e possibilidades de melhoria.

No que respeita ao acesso a novos medicamentos, nos últimos 9 anos foram comparticipados cerca de 200 novos medicamentos/moléculas em ambulatório e, nos últimos 3 anos, para utilização hospitalar.

Neste período também têm sido desenvolvidas ferramentas que permitem dar resposta à crescente necessidade de medicamentos, nomeadamente os inovadores, sem descurar a necessidade de manter o sistema sustentável.

- Desenvolvimento de ferramentas e metodologias que permitam identificar os medicamentos que verdadeiramente trazem valor acrescentado, face às alternativas já em utilização, nomeadamente técnicas de identificação de valor terapêutico acrescentado e respectiva valorização (metodologias de custo efectividade);
- Desenvolvimento de políticas que permitam maximizar os resultados obtidos a um custo mínimo. Exemplos destas políticas são a maior utilização de medicamentos genéricos, associada à criação de condições para aumento da competitividade, o que resulta em maior acessibilidade das pessoas a medicamentos e na possibilidade de libertar algum financiamento e recursos para continuar a dar acesso a novas tecnologias. Outros exemplos são a melhoria da utilização de medicamentos pelo seu uso racional e a redução do desperdício através da maior adesão à terapêutica.

Pode-se assim dizer que a melhoria do acesso aos medicamentos, ou até mesmo aos cuidados de saúde, são uma responsabilidade da sociedade como um todo e não apenas dos Governos ou Profissionais de saúde.

Cada agente tem um papel a desempenhar para a obtenção dos melhores resultados, e consequentemente libertar recursos para um maior acesso ao medicamento, de uma forma geral, e em especial às tecnologias inovadoras.

No que respeita à equidade no acesso aos medicamentos, a regulamentação contempla algumas situações em termos de equidade socioeconómica, como é o caso dos pensionistas com rendimento inferior ao SMN, e também situação em termos de equidade no que respeita a estados e necessidades de saúde, como é o caso patologias ou grupos especiais de utentes.

Talvez seja esta a área onde será necessária uma maior intervenção em termos de revisão do sistema, para análise das razões que levaram à sua criação e das suas consequências em termos de equidade no acesso. Neste âmbito a perspectiva terá de passar por três vectores fundamentais: a doença e o seu impacto no doente e na própria sociedade; o doente e as suas condições de acesso tanto ao medicamento como aos cuidados de saúde; o medicamento e o seu impacto relativo nos resultados em saúde.

A melhoria da equidade e acesso ao medicamento passa, por rever os regimes especiais e a própria comparticipação do medicamento nas três vertentes referidas; por melhorar as tecnologias que estão ao nosso dispor para seleccionar o melhor possível, em ordem a maximizar os resultados que podemos obter com aquilo que nos é disponibilizado; e passa também pela promoção de um melhor uso dos medicamentos que temos disponíveis. Este melhor uso poderá estar relacionado

com a utilização, sempre que possível, dos medicamentos mais baratos que produzam os mesmos resultados, mas também pelo melhor uso e uma melhor adesão por parte dos cidadãos à terapêutica que lhe é prescrita e que é acompanhada pelos profissionais de saúde. É este o desafio que temos de ultrapassar.

PAINEL

TERESA PIRES DE MATOS

UCC ABRAÇAR QUELUZ

Muito bom dia. Integrando o tema equidade e acesso adequado aos cuidados, gostaria de agradecer a oportunidade de partilhar convosco a dinâmica de trabalho instituída na nossa Unidade de Cuidados na Comunidade Abraçar Queluz, referindo também que este tipo de intervenção permitiu não só dar oportunidade às experiências que já existiam no terreno, numa perspectiva de trabalho em rede, como também consolidar muitas outras que nós já vínhamos a perspectivar. Queria também agradecer à Doutora Maria Clara Pais, Directora Executiva do nosso agrupamento ACES 10 Cacém-Queluz, porque sempre nos incentivou, motivou e estimulou para este tipo de intervenção e trabalho comunitário. A Unidade de Cuidados na Comunidade Abraçar Queluz constitui-se como uma unidade funcional do ACES 10 Cacém-Queluz, com uma equipa vocacionada para prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário à população residente na área geodemográfica de influência do centro de saúde de Queluz, abrangendo cinco freguesias do concelho de Sintra, num total de cerca de 130 000 utentes, assegurando respostas integradas, articuladas e de grande proximidade com o cidadão.

Em termos do seu compromisso assistencial, a UCC intervém em programas no âmbito da protecção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, como o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa de Saúde de Idosos; intervém em projectos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade, pessoas e grupos sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica de valores ou de competências, violência ou negligência. Intervém em projectos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias e também cuidadores, no âmbito da rede nacional de cuidados continuados e integrados. A UCC intervém também em projectos de promoção de estilos de vida saudável ao longo do ciclo de vida, em parceria com a rede social e todos os intervenientes na comunidade. Por isso, a UCC aposta numa forte articulação com todas as unidades funcionais do ACES, particularmente, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de saúde familiar, a unidade de saúde pública, com os hospitais, com outros recursos de saúde, com a rede social comunitária, nomeadamente, o rendimento social de inserção, as comissões sociais de freguesia, com a comissão de protecção de crianças e jovens e outros grupos organizados na comunidade, instituindo protocolos de articulação facilitadores da comunicação.

A UCC organiza os seus cuidados por áreas de intervenção, tendo sempre em conta o indivíduo no seu contexto global, inserido na família e na comunidade onde se integra. Assim, na intervenção ao nível das crianças, jovens e adolescentes, a UCC promove a visitação domiciliária aos recém-nascidos e puerpério mas também a todas as crianças e famílias vulneráveis, identificadas em plano de acção integrado. Intervém ainda em programas de intervenção precoce em crianças, intervém na comunidade escolar, não só ao nível dos grupos para promoção de hábitos de vida saudável, como também em espaços privilegiados de atendimento personalizado nas escolas secundárias ou ao nível do nosso projecto Adolescer, com dias e horas pré-definidos.

Ao nível da intervenção de adultos e idosos, a UCC dinamiza três pólos de formação na comunidade para cursos de preparação para a parentalidade no sentido de potenciar as competências parentais, a promoção do aleitamento materno e articulação com serviços de saúde e sociais. Intervém ainda ao nível de grupos de idosos, em centros de convívio, centros de dia e grupos na comunidade, bem como ao nível dos voluntários que os acompanham nas instituições e associações. A UCC

intervém também ao nível das famílias que beneficiam do rendimento social de inserção e do Banco Alimentar, no sentido de promover as suas competências ao nível da higiene, conservação e preparação de alimentos, concretizado com o nosso projecto Bem Usar para Bem Comer. Ao nível do programa de intervenção em indivíduos dependentes e de famílias cuidador, no âmbito da rede nacional de cuidados continuados e integrados, a UCC integra a equipa de cuidados continuados e integrados, tendo sempre presentes os pressupostos obrigatórios: articulação e integração de cuidados, envolvimento da família cuidador no processo, formação externa de ajudantes familiares e voluntariado. Este programa envolve ainda o Banco de Ajudas Técnicas, através da adequação e disponibilização temporária das mesmas e o Programa Afectos de voluntariado jovem que visa aumentar a autonomia do dependente, diminuir a sua solidão e ao mesmo tempo, aumentar o espírito de cidadania nos jovens. Para concretizar as respostas a esta população, a UCC Abraçar Queluz conta com uma equipa multiprofissional baseada em critérios de escolha interpares, em tempo total e parcial, que excede a equipa médica e enfermeiro de família, assumindo um conceito inovador na prestação de cuidados e uma mais-valia na mobilização integrada de saberes. Pretendemos conseguir atingir cuidados atempados e de proximidade e desenvolver as actividades previstas no nosso plano de acção, num contexto de trabalho onde os cidadãos vivem, trabalham e socializam, numa perspectiva de intervenção articulada e em rede. Pretendemos levar a saúde para fora de portas, pretendemos ser pró-activos, ir à procura e cruzar esforços, não estar somente à procura que solicitem os nossos serviços. Assim, ao constituir a UCC, considerámos como oportunidades/pontos fortes: a proximidade às necessidades de cuidados de saúde e sociais, a equidade no acesso dando prioridade à população vulnerável e/ou em exclusão social, a visualização integrada dos problemas de saúde ao longo do ciclo vital de vida em diferente papéis sociais e em diferentes settings, família, comunidade, local de trabalho e lazer. Considerámos como ameaças/fraquezas: a política de recursos humanos, a política de recursos materiais, nomeadamente no que diz respeito às viaturas, o sistema de apoio à prática dos diferentes profissionais. Contudo, e para nós, o saldo final tem sido, até agora, muito positivo porque acreditamos num futuro bastante melhor. Obrigada pela vossa atenção..

DEBATE

ÁLVARO ALMEIDA

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Bom dia. Este leque de intervenções veio salientar a importância da equidade no acesso aos cuidados de saúde e, antes de mais, eu gostaria de congratular a equipa que está a elaborar o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, por ter eleito a equidade como uma das vertentes centrais do novo Plano, quanto mais não seja, porque a Entidade Reguladora da Saúde tem como um dos pilares centrais da sua missão assegurar essa equidade. Assegurar a equidade significa diminuir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, e há vários tipos de desigualdades, como resultou destas intervenções. Eu gostaria de salientar quatro tipos de desigualdades que merecem ser consideradas no novo Plano Nacional de Saúde, não porque sejam mais importantes que outras, mas porque são aquelas que no dia-a-dia da actividade da Entidade Reguladora da Saúde mais nos deparamos, com que mais nos confrontamos.

Em primeiro lugar, a desigualdade regional. Foram já aqui dados vários exemplos de diferenças no acesso as cuidados de saúde que resultam de uma má distribuição, ou pelo menos uma distribuição não adequada às necessidades, de determinado tipo de recursos - falou-se na Psiquiatria no início, falou-se nos aspectos ligados à mortalidade, que também tem várias diferenças regionais. Portanto, o primeiro aspecto que deve ser

devidamente considerado no Plano Nacional de Saúde é uma estratégia que permita reduzir essas desigualdades e uma estratégia eficaz que aponte metas concretas, instrumentos concretos, de redução da desigualdade no acesso, que passará com certeza pela reorganização dos serviços, mas também pela melhoria das condições de transporte dos doentes, uma vez que parte dos problemas se podem resolver com a deslocação dos doentes e não dos serviços.

A segunda desigualdade, o segundo aspecto da equidade que tem que ser devidamente ponderado, é a iniquidade em termos de determinadas categorias de doentes. Há doentes que têm mais dificuldades de acesso que outros devido à natureza da sua doença. São conhecidas as dificuldades que aparecem frequentemente nas notícias no domínio da Oftalmologia, mas também há dificuldades noutras especialidades que o novo Plano Nacional de Saúde deverá considerar.

Em terceiro lugar, aquele aspecto que ainda não foi totalmente exposto, mas que esteve presente em toda a discussão, é as desigualdades económicas. Nós sabemos que temos em Portugal uma população com uma grande dispersão de rendimentos, uma grande dispersão que, como já foi dito, não tem sido reduzida, e essa diferença de rendimentos traduz-se em diferenças no acesso aos cuidados e saúde. E traduz-se em diferenças por duas razões. Em primeiro lugar, porque determinados cidadãos têm acesso a, por exemplo, subsistemas como os subsistemas públicos – há cerca de um milhão e meio de cidadãos com acesso a subsistemas públicos de saúde que alargam a rede de prestação de cuidados de saúde e que permitem, em determinados aspectos, ultrapassar estrangulamentos da rede do Serviço Nacional de Saúde. Para além disso, segundo dados da Associação Portuguesa de Seguradoras, há mais de dois milhões de cidadãos portugueses com seguros de saúde, que também têm, por essa via, uma maior rede da prestação de cuidados de saúde, que permite ultrapassar aqueles estrangulamentos. Aliás, quando a Associação Portuguesa de Seguradores realizou um inquérito aos seus segurados para perceber quais eram as principais razões que levavam os cidadãos a subscrever seguros de saúde, o acesso aos cuidados de saúde apareceu em primeiro lugar e destacadamente. Portanto, essas desigualdades que resultam de diferentes condições económicas, resultam sobretudo de o Serviço Nacional de Saúde ter estrangulamentos que a condição económica permite ultrapassar. A resolução desses estrangulamentos seria também uma forma de reduzir a iniquidade no acesso por questões económicas, que deve ser ponderada no novo Plano Nacional de Saúde.

E, finalmente, uma questão que tem sido, ou que geralmente é, ignorada. Que é as desigualdades em termos de informação, que não são exactamente a mesma

coisa que desigualdades culturais, mas que estão relacionadas ou poderão estar relacionadas com desigualdades culturais. Uma das constatações que resultam da actividade corrente da Entidade Reguladora da Saúde, nomeadamente o tratamento de reclamações, é que há muita desigualdade em termos de informação que se traduz em desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. Nós constatamos que há pessoas que reclamam porque não têm acesso meramente por questões de falta de informação. Em contrapartida, também se constata que há cidadãos que conseguem utilizar bem o sistema e terem acesso rápido e imediato a cuidados de saúde, apenas porque se sabem movimentar dentro do Sistema. Resolver essas diferenças de informação, melhorando e simplificando os circuitos dentro do Serviço Nacional de Saúde e aumentado a informação que é prestada aos cidadão, nomeadamente aqueles que têm mais dificuldades a esse nível, seria um aspecto que eu reputaria de importante a ser considerado no novo Plano Nacional de Saúde.

DEBATE

SÓNIA DIAS

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Boa tarde. Pela minha própria experiência em termos daquilo que tem sido a área de investigação irei centrar o meu comentário nas questões dos imigrantes e do acesso à saúde. Estas questões têm constituído uma grande prioridade face ao crescente movimento das populações. Sabe-se que a equidade e a utilização dos serviços são condições para uma melhor saúde e qualidade de vida, e que estas são consequentemente importantes condições para uma boa integração das populações imigrantes nos países de acolhimento. No entanto verifica-se uma lacuna em termos de evidência científica que nos permita, por um lado, definir prioridades e, por outro, identificar necessidades específicas que contribua para o desenvolvimento de políticas e estratégias mais adaptadas às comunidades imigrantes. Neste sentido temos vindo a desenvolver investigação na área da saúde dos imigrantes. Concretamente gostaria de partilhar convosco uma experiência interessante de um projecto que o IHMT - Instituto de Higiene e Medicina Tropical está neste momento a conduzir em conjunto com profissionais do Ministério da Saúde e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras Instituições Académicas. Este projecto tem como estratégia o envolvimento e a participação activa dos vários actores e o seu principal objectivo é compreender as questões do acesso aos serviços de saúde na perspectiva quer dos profissionais de saúde quer das próprias comunidades imigrantes. Não sendo este o contexto para divulgar os resultados, aquilo que nos temos vindo a aperceber é que as dificuldades do acesso não são generalizáveis ao grupo de imigrantes. Na verdade, este grupo é heterogéneo, apresentando diferentes experiências e necessidades em saúde e nos cuidados de saúde. Neste estudo verificou-se que as maiores dificuldades no acesso e na utilização dos serviços estão centradas nos grupos mais vulneráveis das populações imigrantes.

Outro resultado que penso que é relevante e que reforça a importância da existência de evidência científica é que, contrariamente àquilo que é a ideia generalizada e até muitas vezes corroborada por antigos estudos na área de migração e saúde, os imigrantes não recorrerem apenas aos hospitais ou às urgências. No nosso estudo, quer em relação ao primeiro serviço a que recorreram, quer em relação ao serviço a que recorrem mais frequentemente, os imigrantes tendem a reportar os cuidados de saúde primários. Este resultado é muito interessante pois realça potenciais oportunidades para desenvolver estratégias na área da promoção e protecção da saúde. O estudo aponta também para áreas de possível actuação, quer no contexto das comunidades – é muito interessante a questão das desigualdades de informação anteriormente referida e perceptível no nosso estudo – quer no contexto dos profissionais de saúde que mostraram grande interesse e motivação para melhorar o conhecimento sobre as questões culturais e desenvolver competências nesta área. Este projecto adoptou uma abordagem participativa com os vários actores intervenientes e foi desenvolvido por uma equipa

de investigação multissectorial. Desta forma o projecto tornou-se numa experiência muito enriquecedora e numa mais-valia. Apesar de nem sempre ser fácil a investigação com estas populações, este projecto obteve uma boa adesão das comunidades e dos profissionais de saúde. Desta forma consideramos que este estudo constitui um importante contributo para melhor conhecermos e compreendermos aquilo que são as necessidades específicas destes grupos na área da equidade no acesso e utilização dos serviços em populações imigrantes.

DEBATE

ROSÁRIO FARMHOUSE

ALTO COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL

Boa tarde. Muito obrigada a todas e a todos.

Gostava de começar por agradecer o convite que me foi feito para estar aqui. É um privilégio! Vou aproveitar o pouco tempo que tenho para poder falar de algumas das experiências que temos tido no Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, que são boas práticas, divulgando-as e, até, aconselhar os senhores profissionais de saúde que ainda não conhecem, à sua utilização.

Os principais bloqueios para a equidade e acesso adequado à saúde pelos migrantes prendem-se com razões culturais, linguísticas e acesso não só à informação, como a informação disponível nas línguas maternas.

Importa sublinhar que Portugal, do ponto de vista de direitos, é dos poucos países da União Europeia que concede o acesso à saúde a todos os migrantes, independentemente da sua situação regular no país. Parece óbvio, mas não o é para a maioria dos países da União Europeia. A maior parte dos países defende que o acesso à Saúde só é possível para imigrantes em situação regular, pelo que Portugal está bastante à frente nessa matéria, com o acesso à saúde para todos, estejam eles em situação regular ou irregular.

Esta inclusão de todos no sistema de Saúde, para além de proclamada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, consagrada na Constituição da República Portuguesa e transposta para a legislação nacional, traduz um direito humano universal e permite, ainda, fazer face a uma situação que era gritante até 2001, altura em que o Ministério da Saúde produziu o Despacho 25.360 – onde torna possível o acesso à saúde, sobretudo por parte dos cidadãos imigrantes em situação irregular, apenas em casos de urgência e, tantas vezes, em situações já ameaçadoras da sua vida. Situações desesperadas onde tantas vezes, já tarde demais. Na minha experiência no terreno infelizmente acompanhei vários casos desses, onde, no hospital, já pouco havia a fazer. Em muitos casos, sobretudo de cancro, quando se detectava a doença já era num estádio muito avançado, onde nada havia a fazer.

A intervenção na Saúde necessita de uma articulação interministerial e interdepartamental, preocupação essa que tem norteado o ACIDI, que tem trabalhado, de forma estreita e articulada com o sector da Saúde, não só com a Direcção Geral de Saúde, mas também com a Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo.

A ARSLVT possui um Gabinete de Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa, numa experiência inovadora e que tem dado os seus frutos. Este Gabinete, tal como os restantes Gabinetes presentes no CNAI, tem no atendimento, mediadores interculturais que constituem o interface entre o cliente – imigrante – e os serviços de saúde.

Os bons resultados conseguidos no CNAI, com o reconhecimento da importância da presença de agentes de mediação intercultural em serviços que contactam com imigrantes, levou o ACIDI a lançar o Projecto de Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos, visando a colocação de agentes de mediação em serviços públicos: foram colocados 28 agentes, em 25 serviços públicos, 15 dos quais em serviços de saúde. Alguns de vós poderão já conhecer esta experiência de perto nos V. serviços, onde estes profissionais tentam ajudar a ultrapassar aqueles principais bloqueios da cultura, da língua, da informação. Tem sido uma boa prática que queremos continuar a disseminar e, inclusivamente, ampliar. ,

Também gostaria de vos dizer que o ACIDI disponi-

biliza, para todo o país e sem custo para quem requer este serviço, uma Bolsa de Formadores que, entre a sua vasta oferta formativa, integra um módulo específico para a Saúde: "Saúde, (I)migração e Diversidade". Esse e outros módulos como o "Diálogo Intercultural" ou "Diálogo inter-religioso", constituem um importante recurso para a formação, não só dos profissionais de saúde que trabalham com imigrantes mas, igualmente para todos os que, directa ou indirectamente, trabalham com estas comunidades, sensibilizando-os e capacitando-os para a valorização e gestão da diversidade na prática quotidiana.

O serviço de tradução telefónica (STT), que disponibiliza tradutores para cerca de 61 línguas, permite, ao preço de uma chamada local, ultrapassar as barreiras linguísticas. Alguns centros de saúde têm sido importantes utilizadores do STT, acedendo através da Linha SOS Imigrante (808 257 257) onde é colocado do doutro lado, um sistema de conferência telefónica, alguém que fale a mesma língua. O Chinês Mandarim, de Cantão, de Quingtian ou de Xangai, o Árabe, o Nepalês, o Japonês, o Russo ou o, Ucraniano, são algumas das diversas línguas ou dialectos disponíveis podendo ajudar a tarefa de todos, dos profissionais de saúde, mas também dos técnicos de serviço social que nos centros de saúde ou nos hospitais tentam acompanhar estas pessoas.

Refiro, ainda, o Plano para a Integração dos Imigrantes (Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio), que possui 10 medidas especificas para a Saúde, que contemplam, entre outras, a formação para a interculturalidade dos profissionais de saúde, o acesso dos imigrantes ao SNS ou a integração de agentes de mediação intercultural nos seus serviços. Integrada numa da medidas do PII, a Direcção-geral da Saúde, em colaboração com o ACIDI IP, produziu a Circular Informativa n.º 12/DSQ/DMD, com o objectivo de clarificar o disposto no Despacho 25.360/2001, já referido, bem como outras situações específicos com vista à equidade de acesso ao SNS.

Muito sucintamente, estas são algumas das respostas que o ACIDI vai tentando desenvolver. Obviamente que a Saúde é um direito mas é igualmente necessário criar as condições para o exercício desse direito, encontrando-nos totalmente disponíveis para colaborar neste processo e auxiliar, naquilo que nos for possível.

Termino, desejando as maiores felicidades para o novo Plano Nacional de Saúde, um documento integrador e orientador das intervenções nesta área, em prol de uma efectiva equidade e um acesso adequado aos cuidados.

Muito obrigada.

ESTRATEGA

LOUREIRO DOS SANTOS

Meus Senhores, quero começar por dizer o seguinte: quando a Senhora Alta Comissária para a Saúde me convidou para eu vir aqui, fiquei muito admirado porque para nós, militares, tratar da saúde não tem exactamente o mesmo significado que tem para os...civis. Mas, enfim, a Senhora Alta Comissária demonstrou-me que mesmo tendo este significado eu talvez pudesse ser útil.

Bem, em primeiro lugar, gostaria de dizer o que é uma estratégia. Uma estratégia é apenas escolher um modo de utilizar certos meios para alcançar certos fins. E, esse modo tem que incluir prioridades, sectores de esforço. Essas prioridades devem ser sempre em função da amplidão dos efeitos alcançados, isto é: se, para ter o país saudável, devo fazer um esforço, para mim é mais compensador que, nessa estratégia, sejam prioritários os cuidados primários ou os cuidados, digamos assim, continuados. Portanto, este elemento é essencial, porque os recursos são finitos e não servem para tudo, isto é, não podemos querer fazer tudo, em todos os níveis de actuação. E temos portanto que escolher quais são aqueles níveis - sem abandonar os outros (naturalmente, fazendo o essencial nos outros), quais são os níveis que nos vão dar mais efeitos, mais consequências positivas que quero alcançar. Por aquilo que ouvi e por aquilo que tenho lido, parece-me que, de facto, se nós efectuarmos um esforço nos cuidados primários vamos, claramente, diminuir a necessidade de esforço nos outros cuidados. Portanto, parece que ao nível da mais elevada estratégia, onde se concebe a estratégia e onde se decidem as grandes medidas estratégicas, a prioridade terá que ser nesse sentido.

Uma questão importante é a questão do desperdício dos meios. Muitas vezes os meios existem mas são desperdiçados. Todos nós, no caso da Saúde, temos conhecimento que há muita coisa mas que não serve ou não chega, ou não age da forma como nós gosta-

ríamos que agisse. Daqui ressaltam duas questões que são muito importantes em termos estratégicos: uma é que tudo aquilo que o escalão mais baixo pode resolver, não deve ser resolvido pelo escalão imediatamente superior. É aquilo a que, na União Europeia, deram um nome muito bonito e muito difícil de dizer, que é o nome (espero não me enganar) do princípio da subsidiariedade. Isto é, se posso resolver grande parte destes problemas localmente, ao nível das autarquias, ou através de institutos de solidariedade social, porque é que, na minha estratégia, não arranjo modos de isso ser assim? Nessa altura, nos escalões intermédios, até chegar ao topo, o que é essencial fazer é: coordenar acções, monitorizar acções, avaliar acções e apoiar as acções dos escalões inferiores. Portanto, isto é que será o essencial da estratégia para que ela dê os resultados pretendidos.

Há uma outra questão para que também gostaria de chamar a atenção e que me ocorreu ao longo das várias intervenções. É a questão da táctica. Nós falamos de estratégia mas normalmente esquecemos a táctica. A táctica é a maneira de fazer as coisas, aos níveis mais baixos. Se nós não tivermos gente suficiente, em quantidade suficiente, e suficientemente qualificada para tacticamente saber conduzir as coisas, podemos ter uma estratégia fantástica, mas não teremos êxito nenhum. Isto levanta um problema muito importante, que é o problema da interacção entre meios e fins. Ou seja, entre aquilo que disponho para levar em frente uma acção que pretende alcançar determinados objectivos e os fins que, de facto, é possível alcançar.

Muitas vezes, especialmente a longo prazo, são os meios que são condicionados pelos fins, isto é, (vamos ver se eu consigo traduzir), se pretendo alcançar determinados objectivos daqui por cinco anos, vou ver se os recursos que tenho agora são suficientes. Se chegar à conclusão de que não são suficientes, um dos objectivos a estabelecer é gerar os meios necessários. Isto é, se não gerar os meios para alcançar os fins que quero, posso começar, mas chego ao fim sem os alcançar. Portanto, a longo prazo, quando determino objectivos a longo prazo, tenho que a obtenção dos meios entre os objectivos a atingir.

A curto prazo, é diferente. Isto é, quando trabalho a um prazo de três anos, quatro anos, dois anos, os meus objectivos, para serem credíveis, atingíveis e alcançáveis, têm que ser correspondentes aos meios de que disponho, porque se não tiver esses meios escuso de estar a fazer castelos na areia porque não consigo alcançar os objec-

tivos. Portanto, há aqui uma interacção muito importante entre os meios e os fins.

O Plano que se está a falar tem cinco anos, ora, este patamar de cinco anos é um prazo que combina as duas acções. Há possivelmente coisas para as quais tenho meios - é preciso é não os desperdiçar, dentro daquele princípio da tal palavra difícil da subsidiariedade; e, se calhar, tenho de criar outros meios, nomeadamente ao nível de pessoal – formar pessoal. Julgo que é a obediência a estes princípios que permitirá tornar possível, de facto, desenhar e concretizar (às vezes é mais fácil desenhar do que concretizar) ...mas desenhar e concretizar um Plano Nacional de Saúde que atinja substancialmente os seus objectivos.

Muito obrigado pela atenção que me deram.

PROMOÇÃO DA CIDADANIA

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

CONFERÊNCIA

ANTÓNIO BARRETO

FUNDAÇÃO SOARES DOS SANTOS

Bom dia! Tenho muito prazer em participar nesta vossa reunião. Confesso que, por lapso meu, só ontem percebi que me era exigido enviar antecipadamente um pequeno resumo da minha comunicação, mas já não foi a tempo. Peço perdão.

A relação entre saúde e cidadania não é evidente nem fácil. Se excluirmos todas as acepções românticas da cidadania, essa relação é muito difícil. Eu não creio que os direitos e os deveres do cidadão, o domínio da saúde, façam parte das definições clássicas, como não creio que o chamado direito à saúde, isto é, é um estado de ausência de doença, seja um direito do cidadão.

Na verdade, a doença não diminui cidadão não lhe cria um estatuto diferente. Mas há relações entre os dois conceitos, sobretudo se entendermos o direito à saúde como um direito polissémico, isto é, com vários sentidos. Primeiro, o direito a obter cuidados de saúde. Segundo, o direito ao acesso a serviços de saúde. Terceiro, o direito a não ver prejudicada a sua saúde por terceiros: pessoas, organizações, empresas ou instituições.

As breves considerações que vou fazer nesta minha intervenção procuram delimitar o conceito de cidadão. Eu não qualifico, nem adjectivo o conceito. Um cidadão com mais ou menos poder é, à mesma, um cidadão. Um

cidadão com saúde ou doente é igualmente um cidadão. Um cidadão activo e empenhado na participação cívica e política é tão cidadão quanto um outro passivo, distante e alheado das causas comuns. Um cidadão a viver num país onde existe um serviço público de saúde é tão cidadão quanto um outro a viver num país onde não existe qualquer forma pública de prestação de cuidados de saúde.

O mesmo digo do conceito de cidadania. Não qualifico esta última. A cidadania não implica humanização ou decência. Um malfeitor é um cidadão. Um rebelde é um cidadão, tanto quanto um indivíduo conformado e bem comportado. A bondade e a eficiência são muito importantes na organização das sociedades e dos serviços públicos, mas não resultam da cidadania. Todos estes conceitos derivam de outros valores e de outras entidades.

A moral pública, por exemplo, a qualidade de um regime político, as tradições culturais de um povo ou, finalmente, a exigência, certamente moral, mas também cultural, de comportamentos que respeitem os outros ou que valorizem a integridade e autonomia dos seres humanos e dos contemporâneos: eis valores que influenciam as sociedades e os comportamentos humanos mas que não se identificam necessariamente com o conceito de cidadão.,.

Não esqueçamos por outro lado que os conceitos sobre os quais reflectimos aqui são conceitos que adquirem valor e sentido diferentes conforme os países, as culturas e os tempos históricos. Por exemplo, cidadão já foi uma maneira de distinguir os homens livres dos servos ou dos escravos que com eles conviviam. Tempos houve, com efeito, em que cidadãos livres e escravos coexistiam. Hoje, admitir tal hipótese é negar o sentir essencial e moderno da cidadania que deve ser universal.

A categoria de cidadão já foi uma distinção entre nacionais e estrangeiros. Hoje, a tendência é a de equiparar estrangeiros e cidadãos em quase todas as situações, até mesmo, último reduto, no cumprimento de deveres militares ou do exercício do direito de voto.

A Constituição Portuguesa (bem, a meu ver) estipula sem reservas, a não ser a da capacidade eleitoral e política, que os cidadãos estrangeiros em Portugal gozam exactamente os mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres que os cidadãos nacionais. Não esqueçamos, pois, que direitos, deveres e cidadania são conceitos mutáveis e diversos conforme os tempos e locais.

A cidadania é uma instituição e um valor razoavelmente positivos, compostos de exigência ou atributos, em geral direitos e deveres, que estabelecem os padrões de comportamento entre os indivíduos e entre eles e as instituições e que organizam a sociedade. Nesse sentido, e relembrando as afirmações feitas acima, as relações entre a saúde e os cidadãos são em grande parte as relações entre os serviços de saúde, os cuidados de saúde de modo mais genérico e os cidadãos. Um aspecto muito interessante é o que se traduz na nossa Constituição. Tradicionalmente, os direitos dos cidadãos eram limitados aos direitos fundamentais: direitos humanos, cívicos e políticos.

No século XX uma evolução interessante conduziu ao alargamento da noção dos direitos. Em resumo e abreviando, foram sendo criados novos direitos. Chega-se a falar de direitos de segunda e terceira gerações. Entre esses todos, os direitos sociais assumem muito especial relevo. Em Portugal, muito particularmente, os direitos sociais foram equiparados aos direitos fundamentais.

Os direitos sociais formam um capítulo integrado na primeira parte da Constituição intitulada – Direitos e Deveres Fundamentais. Isto é quase inédito, nem todas as Constituições o fazem, talvez mesmo a maior parte não o faça. Quer isto dizer que, na ordem jurídica portuguesa, o direito à saúde, o direito ao acesso aos cuidados de saúde e o direito de não ver prejudicada a sua saúde estão equiparados, para todos os efeitos, aos direitos tradicionais de primeira geração.

Há evidentemente problemas. A garantia dos direitos à vida, à livre expressão, ao voto, de associação e à deslocação é, e deve ser, oferecida pelo Estado e pela justiça a custo, se for necessário, de força e coacção. O mesmo já não pode ser dito do direito à saúde, do direito ao trabalho, ou do direito à habitação, todos direitos sociais de segunda geração. Quer isto dizer que, apesar de um tratamento jurídico que os equipara, esses direitos acabam por ter um significado diferente. Num caso, estaríamos diante de direitos impositivos que exigem garantias efectivas e cujas violações constituem crimes públicos. Noutro caso, no dos direitos sociais, estamos diante de direitos programáticos que se traduzem numa espécie de aconselhamento do Estado, dos governos e das instituições no sentido de resolver alguns problemas sociais como sejam, entre outros, a doença e o desemprego.

Dito isto, tentarei enumerar aquelas que me parecem ser as relações mais interessantes entre cidadania e saúde. Primeiro, a igualdade de direitos, proclamada para a sociedade em geral, deve também aplicar-se aos cuidados da saúde.

Segundo, a igualdade de tratamento. Não é aceitável que, depois de admitida a igualdade de condição e acesso, uns tenham direitos mais bem protegidos, condições mais sofisticadas e tratamentos mais completos do que outros. Em certo sentido, é o princípio mesmo da igualdade perante a lei que está em causa.

Terceiro, o direito à informação, não apenas a informação do médico ao doente (que aliás não considero ser um atributo da cidadania, mas sim do acto médico, do ethos profissional e da deontologia), mas sobretudo da informação geral prestada pelo Estado, pelas entidades sanitárias, pelas instituições de saúde e pelos estabelecimentos hospitalares. Informação cuidadosa, rigorosa, atempada, completa e generalizada. Informação que vai dos riscos da epidemia à educação sanitária, dos riscos emergentes às exigências de luta contra as ameaças, das condições de acesso aos tempos de espera, das consequências dos tratamentos aos efeitos dos medicamentos e etc. Sem informação, os cidadãos estão impossibilitados de exercer os seus direitos. É verdade em geral, é verdade para a saúde.

Quarto, a participação. Os serviços de saúde constituem uma das mais importantes facetas da organização colectiva. Aplicando aos cuidados de saúde os mesmos princípios que regem as actividades dos cidadãos em qualquer esfera, a cidadania é mais bem servida se for garantida a faculdade de participação das pessoas e das suas organizações no desenho e no funcionamento dos serviços e dos cuidados.

Quinto, o envolvimento das comunidades. Este princípio está próximo do anterior mas é diferente. Na verdade, a cidadania começa por ser a pertença a uma comunidade, geralmente uma comunidade local. O cidadão, é na origem, o habitante da cidade. Os estados nacionais e modernos forçaram a cidadania nacional, uma comunidade nacional, entenda-se. Mas a primeira pertença é local e comunitária. A fazer pensar na pátria chica de alguns países latino americanos. A pátria chica é, em português traduzido livremente, "a minha terra". Primeiro, sou transmontano, depois sou português, finalmente europeu. O meu vínculo à sociedade e a minha praxis começam por ser locais e comunitários. É numa comunidade que se concretiza ou tornam efectivos os direitos e os deveres dos cidadãos. A nossa vida colectiva está organizada localmente: a residência, o círculo eleitoral, a escola, a segurança social, a justiça e a saúde.

A existência de direitos nacionais, a nacionalização de

direitos e deveres, não elimina o carácter local e comunitário dos atributos da cidadania. Por isso, o envolvimento das comunidades na organização dos serviços e cuidados de saúde parece ser uma condição necessária para o bom desempenho daqueles. Mesmo se é verdade que nos estados modernos se procura cada vez mais nacionalizar o vínculo da cidadania na medida em que se pensou, e ainda se pensa... que as relações sociais e locais e comunitárias são tendencialmente não democráticas, paternalistas e caciquistas. Pode haver isso, mas foi uma tendência perversa na centralização dos estados. É verdade que hoje se dirá, primeiro sou português e depois sou trasmontano.

Em Portugal, o envolvimento das comunidades locais é fortemente contrariado pelo estado central muitas vezes, tantas vezes pelas autarquias, pelas forças económicas e pelos partidos políticos. Isto é verdade na educação, na saúde e em tantos outros aspectos da vida colectiva.

Finalmente, refiram-se as tentativas frustradas de envolvimento das comunidades que conhecemos nos últimos 30 ou 40 anos. Os conselhos gerais e os conselhos consultivos dos hospitais e dos centros de saúde quase nunca resultaram. Sublinho ainda uma tendência actual que me parece muito positiva na organização dos serviços e cuidados de saúde que é o facto de cada centro ou unidade de saúde ser responsável por uma comunidade.

Sexto, o dever de lealdade e de responsabilidade dos profissionais de saúde perante a sociedade, o estado e as empresas. Só os profissionais de saúde têm o direito e o poder de declarar alguém saudável ou doente, capaz

ou incapaz, seja para exercer funções ou para trabalhar, seja para responder perante a justiça ou ser imputável. É um privilégio grave no sentido mais sério do termo. Nem sempre esses deveres são cumpridos com rigor. Os médicos, em particular, deverão cumprir a sua quota-parte de cidadania, o que implica honestidade e rigor na sua função de reguladores da vida colectiva. O dever do cidadão médico está mais aí , como cidadão, do que na eficiência ou no êxito do exercício da sua profissão. Essas são qualidades técnicas, científicas e humanas não necessariamente qualidades ou atributos do cidadão.

Finalmente, a liberdade. Esta é modernamente um dos principais atributos da cidadania. É um dos atributos originário da cidadania, mesmo quando essa se limitava a alguns. Por isso, a saúde, os cuidados de saúde devem também cuidar de não prejudicar ou diminuir a liberdade. Considero que a liberdade de escolha dos cidadãos deve ser um dos critérios que os serviços e os cuidados de saúde devem respeitar ou pelo menos proporcionar e creio ainda que as políticas públicas devem ser mais equilibradas e mais atentas à questão da liberdade individual. Na verdade, é possível que, com os grandes processos de prevenção e organização sanitarista das sociedades, se assista a violações à liberdade individual.

Deliberadamente não inclui o estado de protecção social – o Estado Providência ou o Serviço Nacional de Saúde, que defendo vigorosamente – nas exigências da cidadania moderna. Incluo-os sim, na responsabilidade colectiva, na responsabilidade da colectividade, nos deveres do Estado, nos critérios de solidariedade e nos valores morais de uma sociedade. Não creio que a organização de um estado de protecção, designadamente, de um serviço nacional de saúde, decorra da cidadania nem de uma concepção dos direitos dos cidadãos. Um Estado de Protecção e um Serviço Nacional de Saúde decorrem, isso sim, das escolhas políticas e morais sobre os graus de decência e de solidariedade que os cidadãos entendem estabelecer.

PAINEL

EMÍLIA NUNES

ASSISTENTE GRADUADA SÉNIOR DE SAÚDE PÚBLICA. DIRECTORA DE SERVIÇOS DE PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE, DGS

LITERACIA, CAPACITAÇÃO E PARTICIPAÇÃO, CONDIÇÕES PARA O PLENO EXERCÍCIO DA CIDADANIA EM SAÚDE

O exercício pleno dos direitos e deveres dos cidadãos em matéria de saúde – o direito à saúde (enquanto bem individual e colectivo) e o dever de a defender e promover - só é alcançável se estes dispuserem de bons níveis de literacia em saúde, de competências, da motivação e do poder para a tomada de decisões saudáveis e tiverem acesso, em condições de igualdade de oportunidades, a condições estruturais, ambientais e sociais que lhes permitam agir sobre os factores que determinam a saúde.

Desses factores, os ligados aos estilos de vida da população – consumo de tabaco, de álcool e de outras substâncias, os hábitos alimentares e de actividade física – têm sido particularmente valorizados nos últimos anos, dado estarem na origem directa do aumento dos níveis de doenças crónicas não transmissíveis – doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, obesidade, diabetes e doenças respiratórias crónicas.

Estas doenças acarretam dor e sofrimento prolongado, traduzindo-se por perda de qualidade de vida, perda de produtividade e gastos económicos, tendencialmente incomportáveis pela sociedade, em tratamentos e serviços de saúde. São hoje a primeira causa de morte prematura na generalidade dos países, em particular nos países mais desenvolvidos. A sua incidência está igualmente a aumentar nos países mais pobres; à medida que melhoram o seu nível social e económico e a esperança de vida das suas populações, vêem-se confrontados com uma dupla sobrecarga – a par de uma elevada incidên-

cia de doenças transmissíveis, enfrentam um aumento incontrolado de doenças crónicas e incapacitantes.

Ao longo das últimas décadas muito se tem feito no sentido de controlar estas doenças e os seus factores de risco. No entanto, apesar de todos os esforços e múltiplos programas de saúde a sua incidência continuará a aumentar, estimando-se, segundo a OMS, que esta possa registar um aumento de cerca de 17% nos próximos dez anos.

Embora a evolução de alguns indicadores mostre ser possível obter ganhos no controlo destas doenças, estes ocorrem de modo desigual entre os dois sexos e entre diferentes grupos sociais, contribuindo para agravar o gradiente social de saúde entre pobres e ricos. As pessoas com melhor acesso à informação, capacidade de a compreender e utilizar (literacia), maior acesso a bens económicos e a serviços de saúde conseguem enfrentar melhor os riscos e os constrangimentos do quotidiano, beneficiando mais dos avanços na área médica e terapêutica. Pelo contrário, a pobreza e a exclusão social afectam o bem-estar dos cidadãos, comprometendo gravemente a sua capacidade de expressão, de participação na sociedade e de acesso à educação, ao emprego e à saúde. Combater o gradiente social de saúde e melhorar os níveis de equidade em saúde é hoje um imperativo não só para os sistemas de saúde, mas para toda a sociedade.

Agir sobre os determinantes sociais da saúde implica lutar contra os efeitos adversos económicos e sociais decorrentes do processo de globalização próprio do mundo actual – o marketing global, a massificação, a concentração de mercados, a liberalização económica, o desemprego, a marginalidade, a pobreza e a exclusão - , garantindo igualdade de oportunidades entre géneros e entre diferentes grupos sociais. Este processo implica uma estreita aliança entre todos os sectores sociais (saúde em todas as políticas), organizações da sociedade civil e cidadãos.

Para que os cidadãos possam assumir um papel activo na defesa da saúde, há que garantir condições de acesso à informação no domínio da saúde, de promover a capacidade de compreensão e de leitura crítica da informação disponível. É necessário, também, que os cidadãos disponham das competências para agir sobre os referidos determinantes uma vez conhecidos e analisados, disponham da motivação, do poder e de oportunidades de acção e participação.

A literacia e a capacitação em saúde, conceitos que, relembrando Paulo Freire poderíamos resumir no termo "conscientização", permite que cada pessoa seja capaz de desenvolver capacidades de leitura e compreensão social e política da realidade, como base para a acção informada, consciente, autónoma e responsável no exercício da cidadania em direcção à saúde e ao bem-estar. Este exercício implica, também, ser capaz de aceitar a limitação de direitos e liberdades individuais, sempre que estes possam comprometer a saúde colectiva, enquanto bem público e valor colectivo a preservar e promover.

Neste contexto, parece legítimo questionar qual deverá ser papel dos serviços de saúde:

Para além de garantirem o acesso de todos os cidadãos a cuidados curativos e de prevenção da doença, seguros, de elevada qualidade e em condições de igualdade de oportunidades, cabe-lhes ser uma fonte de informação em matéria de saúde, credível, isenta, baseada em evidência, desprovida de juízos moralistas ou de valor, de ajuda e apoio nas decisões ao longo da vida, nas várias etapas e dificuldades, tendo em vista contribuir para que cada utente/paciente/cidadão seja capaz de auto-gerir a sua saúde, com respeito pelo direito ao consentimento informado e à autodeterminação em saúde. Cabe-lhes, ainda, influenciar as decisões estratégicas no sentido da adopção de políticas públicas saudáveis, em favor da redução das iniquidades, da promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, em estreita articulação com os restantes sectores sociais, ONG e outras organizações da sociedade civil.

Dar apoio às escolhas saudáveis, especialmente junto daqueles que, de outro modo, não poderão fazê-las, reduz riscos e desigualdades sociais, constituindo um objectivo a perseguir por toda a sociedade, tendo em vista a obtenção de melhores níveis de saúde, de desenvolvimento e de justiça social.

PAINEL

JOSÉ CARLOS LEITÃO

ACES GAIA/ESPINHO

Muito bom dia a todos. Em primeiro lugar quero cumprimentar-vos. Vou apresentar e falar sobre algumas noções que são inerentes ao processo de reforma que acontece neste momento nos cuidados de saúde primários e sobretudo na instalação destes novos agrupamentos dos centros de saúde.

No sentido de procurarmos definição sobre o que é que estamos a falar e a conversar, fui à procura de termos e de conceitos que me ajudassem a melhor transmitir o que vos vou falar a seguir.

Assim, neste sentido, na gestão da complexidade que é a gestão de um agrupamento de centros de saúde, uma das nossas principais missões é garantir às unidades funcionais os instrumentos necessários ao desenvolvimento das suas actividades. No novo processo que se desenvolve neste momento nos cuidados de saúde primários, a negociação e a contratualização, é fundamental serem feitos de forma a garantir a máxima autonomia e responsabilização das novas organizações. É necessário assim que os ACES, os agrupamentos de centros de saúde, sejam munidos dos instrumentos adequados para cumprirem tal missão. É evidente que neste novo contexto, a tónica principal do processo de reforma dos cuidados de saúde primários é a noção do cidadão no centro do Sistema e princípios como a acessibilidade e a satisfação dos utentes, são pedras de toque. Deve-se assim trabalhar para que os cidadãos possam adquirir competências de forma a serem parte activa na gestão da saúde e da doença, nomeadamente intervindo em todos os processos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e também na avaliação dos cuidados prestados. Neste sentido, a intervenção da comunidade nos ACES (nos agrupamentos de centros de saúde) através da dinamização do conceito de comunidade e, principalmente, o envolvimento de representantes das autarquias nos conselhos executivos, onde podem intervir de facto na gestão dos agrupamentos. A governação clínica e de saúde assegura que todo o utente/doente recebe o cuidado certo, no momento certo, do profissional certo, num ambiente seguro, honesto, transparente e cuidadoso. Isto é a definição de governação clínica. Assim, sendo princípio da prestação de cuidados de saúde, reger-se pelas boas práticas, a governação clínica nos agrupamentos de centros de saúde é um instrumento fundamental. Assim, só garantindo o acesso a instrumentos adequados e a capacitação do cidadão para utilizar os serviços de forma mais adequada conseguiremos reduzir o desperdício, aumentar a eficácia e a eficiência e, em última análise, a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde na área dos cuidados de saúde primários.

Não posso deixar de falar também em novas estruturas que existem nos ACES, como a Unidade de Saúde Pública que permitem fazer a observação local da saúde e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados que permite trabalhar de outra forma a multidisciplinaridade dos profissionais que existem nos agrupamentos.

Vamos falar agora de comunicação e do que é importante, de facto, conseguir. Isto é um contexto geral de comunicação. A reorganização profunda que está a ser operada na reforma dos cuidados de saúde primários deve ser comunicada à população de uma forma sistemática e planeada. Comunicar os objectivos das mudanças e das melhorias que se pretendem alcançar é um poderoso instrumento de gestão das expectativas e os poderes públicos ficam obrigados a igualar ou a superar com a sua actuação. A aceitação de novo modelo organizacional ao nível dos cuidados de saúde primários depende, sobretudo, da sua compreensão e apropriação pelos cidadãos e por outros profissionais não directamente envolvidos. É necessário que as acções de promoção de saúde e prevenção de saúde saiam definitivamente do âmbito exclusivo da prática médica. A publicitação dos resultados tem que ser mais do que uma mera publicação de resultados, tem que ser uma prestação de contas do que se faz e como se faz. O acesso à informação deve ser visto como uma via prioritária para o cidadão chegar ao profissional de saúde. Por outro lado, pôr em prática um plano de comunicação que leve a cada cidadão o conhecimento sobre o porquê da mudança, aquilo que mudou e a forma simples de aceder aos benefícios do novo modelo de organização dos cuidados de saúde

primários, proporcionando-lhe novas possibilidades de interacção com os serviços de saúde. Isto, na base do principio que um cidadão informado é um bom utilizador dos recursos existentes. O que vos proponho é que alarguemos o conceito de um futuro com saúde para um conceito em que possa haver uma saúde com futuro, que é o que nos preocupa neste momento. tem isto a ver com um conceito que encontrei num dicionário que é importante: é o futuro necessário ou obrigatório. Nós, de facto, não podemos continuar a dizer "iremos", temos de passar a dizer nós "havemos de ir", porque de facto nós temos que conseguir, senão vamos continuar a trabalhar com base em vaticínios e não sairemos do processo circular em que nos encontramos.

Para acabar, apenas quero transmitir agradecimentos a quem me convidou para estar aqui presente, a Senhora Professora Maria do Céu Machado, ao Professor Sakellarides que cada vez mais nos encontramos, a todos os restantes elementos da mesa e abarcando todo o mundo no contexto agradeço a toda a gente. Muito obrigado.

PAINEL

ALEXANDRA MARQUES

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Eu também gostaria começar por agradecer à Professora Maria do Céu Machado que, estreitando estas relações entre a Saúde e a Educação, dirigiu este convite e agradeço a oportunidade de estar aqui a falar convosco e de partilhar estes contributos que foram sendo dados até ao momento. Ontem, sei que houve oportunidade de muitos de vós poderem ver aquilo que se faz nas nossas escolas e de como a Saúde é uma parte da construção destes cidadãos e a Escola tem, na medida do possível, cumprido essa obrigação que lhe está acometida.

A cidadania, conforme já foi sendo dito aqui de várias maneiras, não é apenas um conjunto de direitos e deveres que todos nós devemos exercer e cumprir. Ela é sobretudo um comportamento, é uma atitude e uma certa forma de ser, de estar e de fazer, em que cada um de nós encara que os problemas da sociedade têm a mesma prioridade que os problemas individuais; que devemos atender aos direitos dos outros e respeitar a diversidade e a diferença, para que a sociedade possa ser cada vez mais saudável nas suas relações e nas suas formas de estar. E neste espaço societal, a Escola tem aqui uma missão muito primordial porque ela é, de facto, um espaço para todos. Portugal tem feito nos últimos anos, e tem conseguido, a universalização da educação, o acesso deixou de ser só um direito, ela é já uma realidade para todos – a Escola é um serviço público que está universalmente disponível e a Escola pretende ser – e deve cumprir – um espaço de vivência e de construção da cidadania.

A lei de bases do sistema educativo assume que a Educação, a promoção e o desenvolvimento do espírito democrático é missão da Escola também. Ela é uma missão de todos os educadores, de todos os serviços que contribuem para a formação e para a educação dos indivíduos, mas a Escola tem aqui uma responsabilidade considerável, através de todos os seus agentes. O Ministério da Educação tem, desde sempre, procurado assumir essa responsabilidade e cumprir esse dever na parceria e no trabalho em rede. Actualmente, e este executivo e a tutela do Ministério da Educação, assumiram que havia que repensar também esta dimensão da educação para a cidadania no espaço curricular disciplinar e não disciplinar. Foi constituído um grupo de trabalho que está, no fundo, a pegar em tudo o que já são os contributos e os conhecimentos que foram sendo construídos ao longo deste tempo, para ajudar a Escola a cumprir esse dever. No fundo, para este grupo de trabalho, os grandes objectivos estratégicos para a política que vai ser definida e para os conteúdos que vão ser disponibilizados. Posso elencar aqui alguns que, no fundo, são, para que de facto a cidadania seja uma presença e uma realidade e uma vivência no espaço escolar, é necessário que a Escola promova uma cultura de responsabilidade individual e social. É necessário articular essa cultura de responsabilidade individual e social com o funcionamento em rede,

designadamente através e utilizando as tecnologias da comunicação e da informação. É necessário incluir a cidadania como dimensão transversal e área específica na oferta pública e privada da formação, ao longo da vida, isto considerando tudo aquilo que é o percurso de aprendizagem do indivíduo. É necessário oferecer a todos os alunos e alunas uma base comum de conhecimentos, atitudes e competências, através de uma adequada educação para os direitos e para as responsabilidades. É necessário criar condições para que a Escola se assuma como um espaço privilegiado de exercício de cidadania. Isto deve verter em tudo aquilo que é a vivência na Escola: desde a forma como se organizam as actividades, ao espaço de exercício e de estar dos alunos, professores, cidadãos, famílias, na Escola, até à forma como se resolvem os conflitos e como se regula o estar em comunidade. Garantir também a formação inicial e contínua dos docentes e de outros grupos profissionais e agentes educativos, direccionada para a aquisição de competências para trabalhar a cidadania na Escola, assegurando a criação e o desenvolvimento de recursos e materiais didácticos para o efeito. Aqui há um esforço já considerável do Ministério da Educação, nomeadamente através da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, desde há alguns anos, e já dispomos de bastantes materiais que também eles estão acessíveis a todos os cidadãos através da página da DGIDC.

Por outro lado, é também estratégico estabelecer as parcerias com as várias entidades públicas e privadas, envolvendo a sociedade civil, de modo a conferir maior diversidade, qualidade e relevância às actividades de educação para a cidadania. Formar cidadãos capazes, com base na democracia e nos valores democráticos, com consciência crítica e social, é situar a cidadania na perspectiva das competências práticas, da intervenção e acção concretas. Com as crianças e os jovens, como saberão, mais do que dizer-lhes, é preciso organizar a vida na Escola de maneira que eles possam agir e actuar com base nesses valores e nesses princípios e possam construir os seus próprios referenciais a partir das situações concretas.

Portanto, no contexto da educação e formação, e na missão da Escola, eu diria que há essencialmente três aspectos fundamentais dessa prática pedagógica participativa: o saber, o valorizar e o agir. Na realidade, toda a acção cívica supõe a conjugação de conhecimentos, valores e acções, para uma participação reflectida e empenhada. Da acção e da reflexão é que vai nascer essa consciência e essa vontade e essa convicção de que nós temos responsabilidade. Pode ser que assim possamos aumentar estes 5% de cidadãos que acham que são responsáveis pela mudança.

Uma das dimensões, e para o contexto da nossa conversa de hoje, que tem importância e relevância na educação para a cidadania num espaço do curriculum, é a educação para a Saúde. Foi constituído há anos um grupo de trabalho que apostou na pluralidade dos seus elementos, para que fosse possível encontrar áreas prioritárias que no âmbito da Saúde, em que a Escola devesse actuar de forma muito incisiva e muito proactiva. E essas áreas - e, no fundo a Educação para a saúde é vista como uma área transversal à vida escolar e representa um elemento de promoção individual e colectiva - tem permitido, entre outras cosias, uma considerável melhoria da qualidade da vida das crianças e dos jovens e das famílias em que essas crianças e jovens estão inseridos. Portanto, esse grupo de trabalho definiu cinco áreas prioritárias da Educação para a Saúde e é nessas que se tem concentrado a acção do Ministério da Educação, em que tem sido feito um esforço considerável na formação também dos professores e de outros profissionais. São elas a alimentação e a actividade física; o consumo de substâncias psicoactivas, a sexualidade – e nesta matéria posso dizer que foi publicada em Agosto uma lei da educação sexual e sairá brevemente a portaria que regula a forma de cumprir essa lei. A quarta área são as infecções sexualmente transmissíveis, designadamente o VIH-SIDA e a quinta área, a violência em meio escolar, que tanta visibilidade tem tido nestes últimos dias e nem sempre – permitam-me dizer – discutida da melhor forma, por quem tem vindo à praça pública.

Dentro do Ministério da Educação a coordenação da educação para a saúde está na responsabilidade da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular e a Direcção Geral tem assumido essa coordenação num princípio de contacto próximo e em parceria com várias ONGs e com entidades públicas, designadamente com o Ministério da Saúde. E eu aqui gostaria de dar, se calhar, dois bons exemplos da forma como a Educação e a Saúde podem ter um papel activo e consequente na vida e no bem-estar da população. Permitiam-me dar o exemplo de toda a acção de prevenção e informação sobre a gripe A, que foi desenhada na estreita colaboração entre a Educação e a Saúde e que tem demonstrado

- e o Senhor Director Geral de Saúde já o afirmou várias vezes - que foi determinante o trabalho que se fez para diminuir o impacto e que muito desse impacto foi reduzido também pela informação e a comunicação que foi veiculada pelos dois ministérios e por todos os serviços que dele fazem parte. O outro exemplo que eu gostaria de dar é um projecto do Plano Nacional de Leitura, em parceria com o Alto Comissariado e com a Associação dos Médicos de Clínica Geral, com o apoio da Direcção-Geral de Saúde, que é o projecto Ler+ dá Saúde, em que temos médicos de família que na sua consulta de rotina e de acompanhamento das crianças a partir dos 6 meses recomendam a leitura, que têm ao seu dispor um conjunto de materiais que permitem mostrar como é que a família pode ter aqui um papel fundamental na promoção da leitura; e este projecto assenta na evidência, é baseado na medicina de evidência que revela que um cidadão com acesso à informação e capaz de ler e de interpretar a informação que lhe é facultada, é também um cidadão mais consciente dos seus deveres e mais responsável por promover a sua saúde, o seu bem-estar e, por essa via, a saúde e o bem-estar de quem está com ele. Portanto, em ambos os casos se cruzam a necessidade de activas competências do saber e do conhecer, com as competências relacionais, com os valores e com as atitudes. E isto tudo com recurso aos meios de comunicação. Portanto, eu acho que estes, no fundo, são os contributos que eu gostaria de dar, e da possibilidade já evidenciada com práticas da acção entre a Educação e a Saúde como espaço de cidadania e como espaço de construção de cidadãos mais conscientes dos seus direitos e deveres. Obrigada.

PAINEL

RITA ESPANHA

ISLA-LISBOA E CIES-ISCTE

Tendo o privilégio de ser já eu a falar, a seguir ao Professor António Barreto, e não querendo de forma alguma repetir aspectos que foram já aqui mencionados, não há dúvida que a questão inicial que devemos debater é a questão do conceito de cidadão ou de cidadania – neste caso mais de cidadania. E o que é que se entende por cidadania? É o exercício do direito/dever de ser cidadão ou cidadã. Como já foi dito na conferência, este tema implica necessariamente ter em conta uma série de aspectos mas, do meu ponto de vista, talvez devamos começar pela capacidade de cada indivíduo se constituir enquanto cidadão. E isso significa que deve fazê-lo em todos os aspectos, alguns que já foram aqui também aqui referenciados, como a questão de ter, não necessariamente uma nacionalidade, mas uma pertença, cada um individualmente ter a consciência dos seus direitos e também dos seus deveres mas, aquilo que talvez seja o que não foi ainda aqui referido, é a questão da autonomia, ou seja que, para se ser um cidadão activo e não um cidadão só em termos conceptuais, é necessário existir um determinado grau de autonomia que permita ao cidadão exercer esses direitos e assumir esses deveres, e não necessariamente para se constituir enquanto grupo, mas para exercer esta cidadania também de uma forma individual. E esta autonomia constrói-se, em primeiro lugar, necessariamente, a partir do conhecimento, e do conhecimento das possibilidades do exercício da cidadania, por um lado; da capacidade de cada indivíduo intervir de forma activa e concreta em aspectos colectivos ou individuais, mas que sejam substantivos na sociedade em que se insere e, no contexto específico da Saúde, eu diria que há alguns aspectos relacionados com este exercício da cidadania que valia a pena des-

tacar. As questões do direito e do acesso à informação, que também já foram aqui referidas, a possibilidade de escolher e as oportunidades de escolha que efectivamente existem; a representação, escolhermos a nossa representação e uma opção pela representação; a acessibilidade em relação ao conhecimento, mas também a acessibilidade física e objectiva e a real possibilidade de participar activamente e de conseguir satisfação nessa participação activa. Todos estes aspectos que eu acabei de listar são os pressupostos, do meu ponto de vista, para a promoção de uma cidadania activa no campo da Saúde. E onde há autonomia, e aqui aquele chavão que muitas vezes nós utilizamos, o empowerment do cidadão, o conhecimento e a informação são as nossas palavras-chave. Eu diria que, e em termos contextuais, nas sociedades contemporâneas, que são muito mediatizadas, esta mediação no contexto da saúde tende a abandonar uma relação que é construída essencialmente a partir da interacção médico-paciente ou médico-profissional de saúde e médico-paciente-profissional de saúde, que era uma relação típica e passa a ser uma relação construída a partir de múltiplas interacções. Umas face-a-face, outras mediadas, com múltiplas tecnologias que facilitam esse acesso a profissionais da área da saúde ou então, não necessariamente a profissionais, mas a conteúdos relacionados com saúde. E assim, podemos dizer que assistimos, neste quadro da sociedade em rede ou da profusão da mediação, ao surgir de um contexto de autonomia que abarca todas as áreas de acção dos cidadãos, daí que um paciente informado passa a ser um cidadão informado. E a saúde, tal como outras áreas do nosso dia-a-dia, deixou de estar imune ao contexto social da era da informação e da sociedade em rede. Podemos então afirmar, de alguma maneira, que a construção destes projectos de autonomia no campo da saúde, estão apoiados na possibilidade de encontrar e adquirir informação e conhecimento, mas também interagir com outros cidadãos, especialistas ou não. Produzir informação baseada na experiência, neste contexto, através e graças aos media, é uma das características da relação que os cidadãos, não apenas enquanto pacientes doentes, porque a nossa relação com a saúde extravasa em muito a questão da doença, e desenvolvem na área da saúde na sociedade portuguesa esta relação que utiliza a mediação como a sua principal fonte de informação, que lhe permite ganhar essa autonomia, autonomia que lhe pode permitir exercer ou não a sua cidadania. Eu penso que são alguns pontos que podemos iniciar o debate. Não tenho nada a acrescentar. Obrigada.

PAINEL

VITOR RAMOS

GRUPO DE PROJECTOS PNS 2011-2016

Começo por cumprimentar os membros do painel e dizer-lhes que estou muito grato e sinto-me honrado por participar nesta reflexão. Confesso, também, alguma dificuldade em abordar o assunto. No fundo, ele pode ser equacionado de tantos modos. As pessoas que me antecederam apresentaram um vasto conjunto de ideias, de conceitos, de modos de ver e a minha pergunta é: quantas representações ou quantos modos de ver existem nesta sala sobre o que é a cidadania? Uma dezena, várias dezenas? E, no entanto, deve haver muita coisa em comum que nos une e que remete para a definição que o José Carlos Leitão apresentou: "complexidade, um conjunto de coisas ligadas por um nexo comum". Uma ideia que me ocorre é a de um Lego em que, com as mesmas peças, podemos construir vários objectos ou edifícios diferentes; o mesmo conceito de base pode proporcionar formulações diversas. Voltando agora às representações, parece-me útil equacionar que representação tem cada um de nós de si próprio e dos outros em relação à cidadania. Habitualmente dou por mim a pensar assim: "isto da cidadania ou da sua falta é, fundamentalmente, um problema dos outros. Eu sou um bom cidadão, tenho uma boa e sólida formação cívica. O problema está nos políticos, nos deputados, nos jornalistas, nos outros condutores, nos professores, nos alunos, nos colegas, nos doentes, nos outros cidadãos comuns." Nesta representação, o défice de responsabilidade cidadã reside, em geral, nos outros. Não sei se este é um problema comum, mas se é, se muitos pensam ou dão por si a pensar desta forma, temos aqui um problema colectivo.

A ideia de cidadão que aprendi com o Professor António Barreto a propósito do conceito da cidade é muito interessante. Esquecemo-nos muitas vezes das origens das palavras. Portanto, cidadão e cidade têm a mesma origem. Cidade significa eu e os outros e o que está aqui em causa é como é que eu me relaciono com os outros, nos aspectos que dizem respeito à Saúde. E, também, como é que me relaciono comigo. Também gostei muito do enfoque na interdependência entre direitos e deveres enquanto entidades indissociáveis. Ainda predomina entre nós uma cultura só de direitos e o que nos foi aqui apresentado é um sistema integrado e equilibrado de direitos-deveres. Como se não existissem direitos nem deveres isolados, mas sim direitos-deveres. Cada direito tem sempre um dever sempre associado.

Como estou envolvido no projecto do Plano Nacional de Saúde, a questão que me coloco é a seguinte: será que, dada a natureza polissémica do conceito, conseguiremos encontrar aqui um consenso do que é que, aqui e agora, a cidadania em saúde, no contexto de Portugal, hoje? Será possível visualizar e concretizar um conceito e práticas de cidadania em saúde que façam sentido para a nossa "cidade", para o período 2011-2016?. Que sejam mobilizadores e que interfiram com modos de ver, com representações? Parece que os modos de ver condicionam poderosamente os modos de reagir, de sentir e de pensar, bem como os modos de estar e as formas de fazer as coisas. Bom, é um desafio que nos foi colocado e que eu agradeço. Tomei muitas

notas. Penso que talvez possamos propor formas de nos entendermos e de interagirmos e de fazer coisas nos próximos anos. Não se trata de encontrar soluções mágicas mas sim de encontrar caminhos e de trilhar percursos. E de aprender...

Por sua vez a questão da literacia tem que ver com a comunicação e informação. Mas também com a capacitação e autonomia. Com o ser capaz, com o poder para escolher e decidir, em vários aspectos e momentos. Desde logo, para escolher os meus comportamentos, porque há um respeito e uma responsabilidade que começa connosco próprios e se continua na relação com os outros. Penso que isto é mais ou menos consensual. É claro que podemos identificar experiências interessantes nos últimos 10, 20, 30, 40, 50 anos. Não partimos do zero. Temos que olhar e ver o que se passou e focalizarmo-nos no presente. O José Carlos apresentou o exemplo dos órgãos de participação da comunidade em constituição nos cuidados de saúde primários - e, provavelmente, num futuro próximo, nos hospitais. Os conselhos da comunidade que se estão a constituir não são órgãos meramente consultivos. Acarretam também poder de escolha e de decisão. Seremos nós capazes de utilizar bem estes órgãos? Também nos cuidados de saúde primários se estão a desenvolver novas unidades multiprofissionais que têm por missão entrosar-se com as comunidades. É o caso das unidades de cuidados na comunidade, das unidades de saúde pública e também das USF. E também devem ser referidos os gabinetes do cidadão. Agora, o desafio actual é o de fazer com que estes órgãos sejam instrumentos para o desenvolvimento da cidadania em saúde a todos os níveis.

Também aqui se falou de ferramentas, de instrumentos. Provavelmente o sistema de informação, por exemplo, é o instrumento mais importante. Seremos capazes de desenvolver um sistema de informação de saúde que seja ele próprio empoderador? Isto é, que os cidadãos, em relação à sua própria saúde, em relação à representação que têm do SNS e do sistema de saúde, e na relação que estabelecem com os serviços de saúde possam ser capazes de os influenciar através do sistema de informação?

Mas também há outras coisas que também podem fazer muita diferença. A questão como o financiamento é feito, centrado nos serviços ou centrado no cidadão e nas comunidades, não será ele também um instrumento para a promoção da cidadania? E, associado a este surge-nos também a cultura de compromisso, de responsabilidade e de prestação de contas materializada nos processos de contratualização. Agora estou a falar de aspectos mais técnicos do sistema de saúde, que é aquilo que agora mais nos ocupa e que está ao nosso alcance melhorar e desenvolver. Bom, há aqui, de facto, uma área onde possivelmente podemos fazer coisas concretas. Coisas que ficam, às vezes, distantes da discussão da cidadania mas que são, eventualmente, potenciadores da cidadania. Claro que podem ser incómodas. Alguns autores anglo-saxónicos afirmam que uma boa parte dos sistemas da saúde foram ficando capturados (é uma palavra horrível), capturados por interesses internos e adjacentes, que centrifugaram os donos do sistema, isto é, os cidadãos em geral. Será que somos capazes de enfrentar e de lidar eficazmente com esta questão? Contrariar e, se possível, eliminar todas as formas de "captura" que possam existir"?

Bem, já terminei o meu tempo. Queria só usar uma ideia que me ocorreu e que foi copiada de um discurso que li do Professor António Barreto há uns tempos atrás, e que é a questão do exemplo. Possivelmente, um dos instrumentos mais poderosos que temos para promover a cidadania é o exemplo que alguns grupos-chave possam dar. Vivemos numa sociedade onde ainda existem muitas diferenças, mas já não numa cidade dividida entre escravos e homens livres. Portanto, estava a referir o poder do exemplo que os políticos e individualidades públicas podem ter na modelação, quer pela positiva, quer pela negativa, do comportamento social dos seus concidadãos. É uma responsabilidade muito importante que inclui também os actores e outros artistas, os professores, os jornalistas, os profissionais de saúde, entre muitos outros. O exemplo destes cidadãos é, certamente, um meio poderoso de fazer crescer um conjunto de valores e de atitudes.

Termino com um exemplo. Colaborei em tempos no Gabinete do Ministério da Saúde e numa ARS, e incomodava-me constatar o modo como os veículos oficiais desrespeitavam frequentemente os limites de velocidade e como alguns detentores de cargos políticos compactuavam com esta anomalia. A cidadania em saúde também tem que ver com pequenas-grandes coisas como esta,

Muito obrigado

PAINEL

CORÁLIA DE ALMEIDA LOUREIRO

Não posso deixar de agradecer e destacar o convite que a organização, na pessoa da Sra. Dra. Maria do Céu Machado, fez à Câmara Municipal do Seixal para participar no 3ª Fórum Nacional de Saúde, sendo uma honra para o Município e para as Autarquias terem voz neste espaço de ideias e debates sobre as políticas e estratégias públicas saudáveis e sustentáveis, tendo em vista a maximização dos ganhos de saúde das nossas populações.

Nesta minha participação no painel "Promoção da Cidadania", a metodologia que escolhi seguir é a de introduzir e fomentar o debate, fazendo uma pequena síntese sobre as intervenções dos vários participantes.

Concordo com o conceito de cidadania apresentado pelo Prof. António Barreto, o conferencista convidado para este painel, mas estou em desacordo quando afirma que o envolvimento das comunidades, por vezes, é contrariado pelas autarquias.

Não estou de acordo com esta ideia, porque no Município do Seixal não é essa a nossa filosofia de intervenção autárquica; consideramos que a promoção da saúde, sendo uma estratégia em saúde pública, pauta-se por princípios como a participação, equidade e empoderamento. O investimento em saúde passa pelo envolvimento das pessoas na compreensão dos factores determinantes da sua saúde e por apetrechá-las com conhecimentos e competências para serem capazes de os influenciar.

Passa também pela aplicação de políticas, aos diferentes níveis, que provoquem mudanças organizacionais e reguladoras do sistema social, capazes de proteger a saúde e facilitar práticas saudáveis. Um bom investimento em promoção da saúde poderá melhorar o exercício de uma cidadania crítica e construtiva.

É com base nestes princípios que o Projecto Seixal Saudável promove o exercício de cidadania plena e o compromisso com a saúde do indivíduo e da comunidade, na procura de soluções para os problemas identificados, sendo imprescindível para isso, o envolvimento das nossas comunidades. Viver, construir, desenvolver uma cidade saudável passa, indubitavelmente, pela criação de condições que fomentem a participação da comunidade e que permitam a plena vivência da cidadania.

A participação da comunidade é transversal ao Projecto Seixal Saudável e começa, desde logo, na elaboração dos documentos estratégicos que orientam a intervenção local, designadamente o Plano de Desenvolvimento de Saúde, que sendo um diagnóstico da saúde no Município do Seixal, constitui também um exercício democrático, que espelha a dinâmica associativa e o espírito de cooperação deste município.

A participação activa da comunidade e os esforços sustentados de todos os sectores da sociedade constituem, portanto, elementos fundamentais no sucesso e no desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

Neste sentido desenvolvemos um conjunto bastante alargado de projectos, tais como: Projecto Municipal de Segurança Rodoviária; Projecto Municipal de Prevenção do tabagismo; Projecto "Saúde Sobre Rodas"; Projecto Prevenção de Intoxicações por Monóxido de Carbono; Programa Integrado de Avaliação do Estado Nutricional; Hábitos Alimentares e Abordagem do Sobrepeso e Obesidade em Crianças do Ensino Básico e ainda o Inquérito Municipal de Saúde" sempre num grande envolvimento dos vários parceiros locais.

Tal como a Dra. Emilia Nunes referiu na sua comunicação sobre a Cidadania e Saúde os factores de risco estão ligados aos estilos de vida das populações, sendo por isso cada vez mais necessário o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis para que as populações tenham mais saúde e maior qualidade de vida; este também é o princípio que norteia a nossa acção.

O Dr. José Carlos Leitão falou-nos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários onde se enquadram os Conselhos de Comunidade; este é um assunto polémico face à participação do representante da autarquia nestes conselhos, pois para nós não é clara a presença de um autarca neste órgão, sendo até questionável a sua participação e, por isso, a maior parte das autarquias ainda não o designou.

Tal como a Dra. Alexandra Marques considerou na sua intervenção, a escola deve ser para todos um espaço de vivência e de construção de cidadania, mas para isso tem que haver condições essenciais quer para os alunos quer para os professores.

Por último, o Dr. Vitor Ramos considera que existem vários modos de ver a cidadania sendo, efectivamente, o entendimento colectivo o que nos une. Referiu também que o caminho futuro é este: trabalhar em parceria, com um objectivo comum que é o de fazer mais e melhor pelas nossas populações.

Gostaria agora de apelar à vossa participação neste debate e agradecer, uma vez mais, o convite que nos foi feito para estarmos presentes no 3º Fórum Nacional de Saúde, deixando também como última mensagem a de que o trabalho individual se reforça no trabalho colectivo e que, cada vez mais, é essencial o trabalho em parceria.

DEBATE

EDUARDO MENDES

CONSELHOS DA COMUNIDADE

Agradeço à Professora Maria do Céu o convite que me fez para participar neste 3º Fórum Nacional de Saúde.

Não vou comentar as magníficas apresentações que foram feitas mas deixem-me destacar a do Professor António Barreto, de facto notável.

Gostava de lançar algumas ideias para o debate.

A primeira é que me parece que a participação directa das autarquias na gestão da saúde, nos ACES, não é consensual e que muitas autarquias discordam dela.

A Doutora Corália, tocou neste ponto e confirmou essa discordância.

A evolução, que tivemos nos últimos anos, da participação social nos conselhos consultivos, que pouco ou nada funcionaram e intervieram, para aquilo que são hoje as competências atribuídas aos Conselhos Executivos e aos Conselhos da Comunidade, é de facto notável, implicando directamente as autarquias, os representantes legítimos das populações e da sociedade civil, na gestão e nas decisões tomadas a nível do ACES.

A importância desta participação, que para mim é determinante para uma maior aproximação dos serviços de saúde aos seus utilizadores e tornando-os de facto o centro do sistema, não é clara para todas as autarquias e, enquanto director executivo, tenho a noção que a nível nacional as diferenças de envolvimento são significativas. Há ACES em que o representante das autarquias

existe ainda não foi designado. Não é o caso do meu ACES. Logo de início foi designado Presidente de Câmara politicamente influente, e com quem tenho vindo a trabalhar, mas ainda não tenho designado todos os representantes das Assembleias Municipais e isso tem a ver com este tipo de discussão e com os mecanismos de funcionamento e representatividade próprios das Assembleias Municipais.

Isto é um constrangimento que temos que resolver. A necessidade da participação da comunidade e dos seus representantes na gestão de proximidade dos serviços de saúde é grande e compete-nos dar os passos adequados para que ela se torne efectiva.

Se olharmos para o Dec-Lei 28 de 2008, e eu não tenho sobre a legislação um pensamento operativo e mágico, isto é, não é por existir legislação que as coisas acontecem, é preciso faze-las, é preciso trabalhar para que elas aconteçam, creio que se podia-se ter ido mais longe, mas o legislador e os políticos que tiveram responsabilidades neste diploma, quiseram ter alguma cautela, mas criaram claramente um Conselho de Administração do ACES – O Concelho Executivo, constituído pelo Director Executivo, pelo Presidente do Conselho Clínico e pelo Presidente do Conselho da Comunidade, sendo que os dois primeiros são profissionais a tempo inteiro, e um terceiro é um representante de um outro órgão e da sociedade civil, com uma participação esporádica.

Há aqui uma diferenciação e um distanciamento que penso dever acabar. É desejável, que no futuro, este representante da comunidade seja um profissional designado pelas autarquias que integrará em exclusivo o Conselho de Administração do Agrupamento de Centros de Saúde.

Este diploma constitui também o Conselho da Comunidade que, não é mais do que a Assembleia Geral dos principais stakeholders do ACES.

Falamos de cidadania, mas se formos para a Suécia, para a Noruega, para a Holanda, fala-se muito pouco deste tema. Porquê?

Eu diria que estas questões, aqui em Portugal, e provavelmente nos países do sul da Europa, são também questões directamente relacionadas com os níveis de educação, de comunicação e de informação dos cidadãos. A cidadania implica responsabilidade, participação e conhecimento. O empowerment dos cidadãos tem que assentar nessas três dimensões que, integradas num eficaz plano de comunicação, podem de facto fazer com que a participação dos cidadãos nos serviços de saúde seja mais eficiente e mais eficaz.

Por último, dizer que a reforma dos cuidados de saúde primários, tem nos seus conceitos básicos a proximidade e a centralidade do cidadão no sistema.

Não é claro para mim, que estes conceitos sejam percebidos por todos.

A proximidade nada tem a ver com distância e a centralidade do cidadão não é representada pela estátua no meio da rotunda, onde tudo circula à sua volta, mas ela não participa na circulação.

Quando falamos de proximidade estamos a falar de inclusão, do reconhecimento de que os serviços devem responder e adaptar-se às necessidades dos cidadãos, e quando falamos na centralidade do cidadão, estamos a dizer que ele que tem uma palavra a dizer na organização das respostas a essas mesmas necessidades.

Enquanto nós não percebermos estes conceitos e não fomos operativos em relação a eles, a legislação não serve para nada.

ESTRATEGA

LUÍS PORTELA

HEALTH CLUSTER PORTUGAL

A Professora Maria do Céu pediu-me para eu fazer, de alguma forma, a síntese daquilo que aqui ouvimos e para, como homem de acção, procurar transmitir-lhes o que é que me parece importante, pragmaticamente, colocar no terreno, ou seja, onde colocar a atenção e os meios ao longo dos próximos anos.

Eu gostava de lhes dizer que gostei muito de ouvir falar sobre direitos e deveres. Ouvimos aqui dizer que o século XX foi um século de alguma explosão de direitos na sociedade e, nomeadamente, na área da Saúde. Ao falarmos hoje em direitos e deveres, parece-me que no século XXI talvez nós possamos, recentrar a situação, ou dar um melhor balanço à situação, colocando também o enfoque nos deveres. E selecciono, de tudo aquilo que ouvimos, o acesso à informação como sendo aquilo que me parece, simultaneamente, um direito e um dever. Nós temos o direito do acesso à informação - na área da Saúde nomeadamente - mas também pergunto: o cidadão não terá o dever de se manter bem informado?

Daquilo que ouvimos aqui, parece-me que sim. E, procurando pragmatizar: o que é que me parece mais importante nesse acesso à informação? A responsabilização do cidadão. "Tornar (e eu vou citar uma frase que aqui ouvimos) o cidadão, parte activa na gestão da saúde e da doença". Fazer com que o cidadão, de uma forma geral, não pense que isso da saúde e da doença, da gestão da saúde ou da doença, da sua própria, é algo que tem a ver com os outros; procurar racionalizar os comportamentos, e nós percebemos aqui que o tabaco, o álcool e outras drogas, os hábitos alimentares, a actividade física, terminam por ter uma influência enorme na saúde das pessoas; percebemos que as primeiras causas de morte em Portugal, hoje, têm que ver com o comportamento nestas áreas. Mas também percebemos que é necessário utilizar adequadamente os serviços e os produtos para, racionalizando, termos melhor Saúde.

Uma frase que aqui ouvimos também: "passarmos de pacientes informados a cidadãos informados". Houve a preocupação nas últimas décadas de fazer com que o doente fosse devidamente informado da sua situação; parece-me que hoje há (ou deve haver) uma preocupação alargada de fazer com que a sociedade em geral - com que o cidadão - seja bem informado relativamente à Saúde. E eu acrescentava aqui uma pequena nota para a vantagem de as pessoas se consciencializarem da boa Saúde que se faz neste país. Nós vimos os bons indicadores que nos foram apresentados na sessão de abertura hoje pela manhã e temos consciência que, em termos comparativos, Portugal tem sido bem classificado, nomeadamente considerado, por vezes, o 12º melhor Sistema de Saúde a nível mundial. Em poucas coisas nós somos tão bem classificados.

E então, o que é que me parece que pragmaticamente devemos fazer? Devemos promover, apostar na promoção da Saúde...nos órgãos de comunicação, nas escolas... Ouvi com gosto uma representante do Ministério da Educação e percebi o trabalho conjugado entre os dois ministérios, talvez gostasse também de ter aqui o representante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, porque alguns dos comportamentos - dos menos bons comportamentos que levam a menos saúde – iniciam-se em idade tenra, mas também alguns se iniciam, ou se reforçam, na idade universitária.

E fiquei satisfeito também por perceber a forma como as autarquias vêm estando cada vez mais envolvidas na promoção da Saúde do cidadão. A promoção da Saúde será um contributo para a prevenção e a manutenção da Saúde, mas também, de alguma forma, para a sustentabilidade do sistema, uma das questões que foi colocada da assistência. Penso que uma das grandes questões que se coloca em relação à Saúde que temos, é que ela está num patamar de qualidade bastante elevado. E, uma das grandes preocupações, senão a grande preocupação, deve ser como manter isso no tempo, como dar sustentabilidade ao sistema bem sucedido que temos. Ou, por outra forma, como fazer para um futuro com Saúde, mas também para uma Saúde com futuro. Muito obrigado.

POLÍTICAS SAUDÁVEIS: SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS

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

PRESIDENTE

J. PEREIRA MIGUEL

INSTITUTO NACIONAL DOUTOR RICARDO JORGE

Gostaria de começar por agradecer à Senhora Alta Comissária da Saúde e aos organizadores terem-me convidado para presidir a esta sessão. O tema é muito interessante, embora difícil. Mas, felizmente, temos um painel de intervenientes bem qualificados para o discutir.

A questão da Saúde em todas as Políticas é expressão da necessidade de lidarmos na prática com os determinantes da saúde. Na generalidade estes excedem largamente aquilo que o sector da Saúde pode fazer para que haja saúde. Há autores que afirmam que o sector da Saúde só contribui com cerca de 30% para a saúde que temos. Portanto, se não tivermos aliados nos outros sectores da Administração, pouco conseguiremos atingir. É preciso que os consigamos mobilizar para que haja coerência entre as diversas políticas e para que todas possam ser salutogénicas. Mesmo estádios mais elementares de desenvolvimento como sejam a compreensão, a colaboração, etc, são passos úteis que devemos efectuar. Contudo, a nossa ambição deve ser maior, pugnando por respostas políticas cada vez mais articuladas e integradas.

Essas políticas integradas, como chamou à atenção a nossa Directora Regional da OMS, devem centrar-se em objectivos comuns. Conseguir objectivos comuns com os outros sectores facilitará sempre o nosso trabalho. Penso que será muito importante se em torno do próximo Plano Nacional de Saúde se gerarem os necessários consensos e se se puderem reforçar os mecanismos de coordenação intersectorial. A Drª Zsuzana Jacab propôs, entre outras coisas, que houvesse mais policy dialogs, diálogos políticos entre nós e os nossos parceiros dos outros

sectores. Mas também chamou a atenção para outros aspectos que eu me permitiria também sublinhar. Por um lado, que este trabalho intersectorial não deve ser apenas feito a nível central, mas também a nível regional e a nível local. Por outro lado, que a propósito de relatórios, indicadores, e outros elementos de informação possamos suscitar o interesse dos outros sectores e levá-los a reflectirem connosco sobre as suas implicações. Muitos desses relatórios poderiam mesmo ser levados ao Parlamento e aí discutidos.

Com base na minha experiência, mencionaria também o modus operandi da própria Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde. Penso que já se fez um grande progresso com a sua instituição, e depois com a sua remodelação e alargamento. Para além dos membros da Saúde inclui representantes de todos os Ministérios mais relevantes. Falta-nos criar condições para que haja na prática maior participação, tanto na produção de relatórios e outras análises como na discussão destes e de outros assuntos.

Por último, gostaria de acentuar que para muitos destes aspectos serem possíveis temos de empoderar os ministros da Saúde, como muitas vezes se diz nos corredores da União Europeia. Se os nossos ministros não tiverem a capacidade de persuasão, o argumentário, em suma, a força necessária, perante os seus pares, mais abaixo, ao nosso nível, teremos as maiores dificuldades. Assim, penso que parte da nossa reflexão deve ser também sobre como os poderemos empoderar cada vez mais. Uma forma será proporcionando o melhor suporte científico e técnico para as decisões políticas, sobretudo as que têm de ser, forçosamente, inter ou multisectoriais.

CONFERÊNCIA: MAIS SAÚDE NAS NOSSAS POLÍTICAS

JOSÉ MANUEL CALHEIROS

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Muito boa tarde. Agradeço a fantástica oportunidade e o "empowerment" que me acaba de ser atribuído por uns minutos. Espero que, numa sessão como esta, imediatamente a seguir ao almoço, consiga captar a vossa atenção.

Têm ao vosso dispor o resumo que eu elaborei. Vou, provavelmente, abordar matérias que não estão no resumo. O que está escrito está escrito e pode ser objecto da vossa análise. Acresce que outros participantes deste painel irão abordar, por certo, temas que complementam esta intervenção.

Nesta perspectiva, gostaria de assinalar que hoje de manhã na sessão da Presidente da OMS, seguramente, que todas estas matérias foram abordadas. Por tal motivo, o que pode fazer a diferença nesta intervenção é abordar o que se passa na "nossa casa".

O Professor Pereira Miguel acaba de abordar uma questão fundamental: "é necesssário que haja saúde em todas as políticas e um Ministro da Saúde em cada sector". Encontrando-se connosco o Senhor General Loureiro dos Santos, faz sentido que a palavra "estratégia" apareça ao longo da minha intervenção. Ter estratégias de saúde, é mais do que ter simplesmente estratégias, é ter "estratégias de acção". Parados já estamos há muito tempo, em muitos domínios. Todos os presentes deverão conhecer muito bem este documento (Health in All Policies, Presidência Filandesa, EU), esta filosofia e esta perspectiva, salientando a importância dos inúmeros factores que influenciam a saúde dos indivíduos e das comunidades. Contudo, importa salientar o seguinte: estávamos habituados a raciocinar, e muitos de nós fomos formados, num modelo muito simples com três incógnitas: o agente, o hospedeiro e o ambiente; uma doença, um tratamento, e uma "cura". Hoje em dia, para a maioria dos problemas de saúde, o modelo é muito mais complexo. Por exemplo, a questão da prevenção integrada das doenças crónicas. Neste quadro simplificado faltam aspectos/factores relevantes que o tornariam muito mais complexo. Por outro lado, quando ao quadro acrescentamos "normas" e "crenças", quer culturais, quer profissionais, uma nuvem pesada paira sobre esta realidade do que resulta que esta perspectiva seja raramente considerada.

Pensar Saúde inclui quatro pilares bem identificados nos documentos e estratégia do Plano Nacional de Saúde. Vou procurar encontrar exemplos do nosso dia-a-dia que permitam ilustrar estes aspectos.

No que diz respeito à **Promoção da Cidadania**, vou ilustrar como a sociedade civil, o "marketing social", e, eventualmente, a colaboração com os "media", pode ter uma importância muito relevante - é a questão dos "**domicílios sem fumo**". O primeiro passo da cidadania é dentro da nossa casa. O Professor José Precioso tem trabalhado esta matéria em Braga, numa colaboração entre a Universidade, o Hospital São Marcos, outros Serviços de Saúde, e uma organização da sociedade civil. O objectivo é, através de uma intervenção liderada pelas crianças, elas conseguirem que os seus familiares mais próximos - os pais, em particular - deixem de fumar em casa e no carro. Devo dizer que no que diz respeito a contaminantes de grande importância em saúde - partículas respiráveis - dentro de um carro se atingem valores que são 4000 vezes superiores àqueles que nós desejamos e a legislação para o ar exterior prevê. Considerem o que significa ter uma criança dentro de um carro exposta a esta violência e a esta agressão. O projecto envolveu um vasto número de crianças. Os dados revelam que 42% das crianças estão expostas ao fumo de tabaco dentro do seu domicílio (diariamente mais exposição ocasional),. Após uma intervenção muito simples, que utilizou materiais preparados pelas próprias crianças e um compromisso subscrito pelos pais e pelos filhos, é possível detectar uma mudança nos comportamentos. A mudança mais interessante é que as mães fumadoras regulares passaram a ser fumadoras ocasionais. É pois a oportunidade de lhes disponibilizar ajuda para que elas possam passar a ser ex-fumadoras.

Políticas Públicas Saudáveis - tenho uma lista enorme de matérias sobre as quais gostaria de falar, mas vão compreender que é absolutamente impossível. Assim, depois de ter abordado a Saúde e as escolas, vou continuar a falar sobre este tema. Ainda hoje, pela manhã, a propósito das questões de Saúde Mental, ouvimos dizer que as estatísticas nunca estão certas, mas o que é facto é que metodologias adequadas dão-nos informação. Ninguém tem a verdade a 100%, mas é fundamental saber utilizar a verdade que conhecemos. Do inquérito ao comportamento das crianças em idade escolar, no que respeita aos hábitos tabágicos, observem o lugar de Portugal aos 15 anos de idade, aos 13 e aos 11. Isto significa que alguma coisa muito errada está a acontecer. Que nós estamos a ter crianças que, quando comparadas com as de outros países, são fumadores cada vez mais precoces. Ou seja, as estratégias da indústria tabaqueira têm funcionado perfeitamente e a sociedade tem estado muito distraída.

Analisemos um outro domínio que este órgão de comunicação assinala - "eis o aumento dos impostos!". Os próprios órgãos de comunicação social contribuem para promover algumas destas questões associadas a estilos de vida pouco saudáveis. Assim, o melhor é colo-

car aqui um ponto de exclamação. "O preço da cerveja deve subir"!

Mas o mais interessante nesta situação é a reacção da indústria. Para esta são mais 20 milhões de euros de impostos mas, afinal, quem paga os impostos, não somos nós também?... quer sejamos consumidores de cerveja ou não ? E continua a notícia... "é uma machadada económica e um tiro no pé". Então a resolução dos problemas do país, é aumentar o consumo da cerveja? Bom, o consumo da cerveja no meio universitário é aquilo que todos conhecem. "A cerveja correu das torneiras até bem tarde", isto é o que dizem documentos de iniciativas promovidas pelas respectivas associações. A minha surpresa é total ! . Utilizando o "Google" e a terminologia habitual para estas actividades – "Arraial da Cerveja" vejam onde fui parar: ao arraial da cerveja realizado na Escola Primária do Teixoso, patrocinado pelo Benfica local e outras entidades, acrescentando algo que é muito comum - "Traz um Amigo". "Cinco águias" dão direito a duas canecas ! Esta modalidade de promoção da cerveja e do consumo de álcool é utilizada sistematicamente. Um dos comentários do respectivo blog dizia: "...Começas na Primária e aos 20 anos já estás nos Alcoólicos Anónimos...". O que apresentei ilustra como é a estratégia de marketing neste domínio. Mas ela é mais sofisticada: vejam este "site" do qual me apercebi na referida consulta - os "super blog" . As imagens são retiradas do referido site. A imagem do canto do ecrã está sempre a girar, são pequeninos vídeos, um "spa" da cerveja, de um novo tipo e depois vejam a associação entre futebol e erotismo. Não tenho qualquer intenção moralista, estou apenas a assinalar que temos que estar atentos às novas estratégias de marketing... as quais vão muito para além dos anúncios nos jornais, etc., etc., etc. Assim a Selecção Nacional de futebol, patrocinada por uma cerveja sem álcool, acaba por estar intimamente ligada a uma fortíssima promoção do consumo de álcool.

Outro exemplo é a política fiscal para a qual também poderíamos apresentar exemplos associados ao consumo do álcool e que, como ilustrei, tem consequências tão negativas para uma indústria que estava tão florescente!. Vejamos o "site" da Philip Morris para Portugal: "combate aos cigarros de origem ilícita". Bom, parece que como nós não combatemos adequadamente os "lícitos", alguém tem que combater os "ilícitos"! – Agradeço a vossa animada reação, contudo estou a falar de coisas muito muito sérias. Vejamos – "Os cigarros de origem ilícita afectam-nos a todos". E o que é que se pode fazer? Apreciem esta estratégia surpreendente: conhecem as três entidades que estão neste prospecto? É a Direcção Geral de Alfandegas e Impostos, é a Unidade de Acção Fiscal da GNR, e a entidade que zela pelo nosso bem-estar que se chama "indústria tabaqueira". Passamos para um problema mais complexo que é a "publicidade encapotada". Neste mesmo documento, disponível no referido site, disponível em muitas das tabacarias, faz-se referência às questões da saúde e à noção de que os cigarros ilícitos são maus para a saúde... como se os outros fossem bons! E mais, faz-se propaganda a uma dada marca, pois, como podem verificar, é possível localizar um novo código para garantir que os cigarros desta marca são cigarros lícitos. , A propaganda é claramente e inequivocamente efectuada com a colaboração do Estado Português. Em nome da Sociedade Portuguesa de Tabacologia apresentamos queixa junto do Provedor de Justiça em 26 de Junho de 2009, utilizando os meios electrónicos que a Provedoria disponibiliza. Parece que a queixa foi recebido com sucesso mas nada aconteceu. Nem sequer uma confirmação ou registo.

Bom, tem sido pedido sistematicamente aos nossos representantes parlamentares que façam leis bem feitas. Trago aqui o paradigma de uma lei "bem feita", ou seja, uma lei que pretende "prevenir o tabagismo e prevenir a exposição involuntária ao fumo do tabaco" a qual começa por separar órgãos de soberania de locais de trabalho. Será que os órgãos de soberania não são locais de trabalho? Segue-se uma lista notável de excepções. Mais, o legislador consegue algo que ninguém consegue garantir: "que a ventilação directa para o exterior através de sistemas de extracção de ar, proteja dos efeitos do fumos os trabalhadores e os clientes não fumadores". Todos sabemos que isto é mentira. É inexequível. Não existe. A única coisa que tal consegue são os "espaços 100% livres de fumo", algo que tem sido sistematicamente demonstrado pelas várias ciências em todo o mundo.

Podem assim avaliar a qualidade das nossas leis – esta contém imperfeições e omissões, ignora experiências prévias de outros países, desvaloriza os inquéritos de opinião, despreza a evidência científica, reforça as

desigualdades, e não disponibiliza os recursos necessários. Claro que proporcionou oportunidades de esclarecimento, contribuiu para uma mudança parcial na norma social vigente, revelando que a grande maioria dos portugueses é a favor dos espaços sem fumo, ao mesmo tempo que responsabiliza os profissionais de saúde e atribui funções e responsabilidades ao Serviço Nacional de Saúde.

Bom, passemos deste capítulo legal e dos impostos, para a questão da **equidade e acesso**. A Professora Maria do Céu Machado tem desenvolvido com a Professora Paula Santana, um trabalho muito relevante neste domínio. Um dos trabalhos que importa destacar é o referente à saúde materna em populações de imigrantes. O que se pode concluir destes resultados? Que a equidade é fundamental na prestação dos cuidados sendo um factor fundamental para a redução das desigualdades. Os resultados mostram a fragilidade e a vulnerabilidade dos imigrantes com maus resultados de saúde, nomeadamente no domínio dos cuidados de saúde da mulher e da criança, verificando-se uma maior frequência de mortalidade fetal e neo-natal. Diz ainda Paula Santana, que "em Portugal as principais políticas dirigidas aos grupos sociais mais carenciados baseiam-se em subsídios, e não em contribuir para que a melhoria do estado de saúde possa ultrapassar a pobreza e a exclusão social". Neste contexto há que reorientar as nossas estratégias. Posso ilustrar ainda, não com dados de Portugal porque não estão facilmente disponíveis sendo muito difícil ter acesso a determinados sectores para obter informação. Alguns dos colegas presentes sabem bem quanto se sofre.... Em Itália, desde que a lei de prevenção e controlo do tabagismo entrou em vigor, a lei que cria "espaços 100% livres de fumo", há uma diminuição substancial do número de enfartes agudos do miocárdio. Foi feita recentemente uma avaliação da evidência à escala mundial: em alguns locais, esta redução chega a ser de 70%. Façam a conta a quanto é que poderá corresponder para o erário público a redução em 10, 15, 20, 30% dos enfartes agudos do miocárdio. Quer para o erário público, quer para as famílias!

Quanto à **qualidade dos cuidados**, vou abordar a questão dos cuidados integrados, incluindo a prevenção, neste contexto de "ganhos" e "gastos" em saúde. Esta apresentação é um pouco fragmentada, mas para abordar um elevado número de sectores com múltiplas estratégias e filosofias, tive que optar por esta alternativa. Voltemos ao esquema complexo inicial o qual não inclui os aspectos ligados à cultura e à sociedade. Quer isto dizer que são os próprios profissionais de saúde a contribuir para a referida fragmentação. Dizia-me um colega aqui há uns tempos atrás: "Oh professor, não me diga que depois de tratar as pessoas da hipertensão, das dislipidémias, da diabetes, eu ainda tenho que os tratar do tabaco?" Bom, isto é no mínimo surpreendente! Ou então ter um doente internado num hospital com um enfarte agudo do miocárdio, e não dispor de terapêutica para a sua dependência ao tabaco, a qual não existe no formulário hospitalar. Então a nossa actuação centra-se em refazer a "canalização", melhorar o ritmo, esquecendo factores essenciais. É uma prática pobre, é uma prática incompleta e é uma prática que, a curto prazo, irá trazer insucesso. A este modelo de funcionamento a colega Epping-Jordan da Organização Mundial de Saúde designa por "síndrome do radar": o doente aparece, o doente é tratado (ou fixed), o doente tem alta e desaparece do radar. A lógica do "radar" é comum para as doenças crónicas. O sistema está orientado para as doenças agudas, não damos a devida relevância ao papel do paciente, o folllow up é esporádico e a prevenção completamente negligenciada. É neste extremo desta curva que nós situamos os ganhos em saúde. Há pois que deslocar as intervenções para o lado esquerdo do ecrã, isto é, para a vida fetal, para a infância e para a adolescência, antes de se estabelecerem padrões de comportamento que irão prevalecer pela idade adulta e para o resto da vida. Quando referimos "é a Organização Mundial de Saúde que o diz", algo de surpreendente ocorre. A Organização Mundial de Saúde é ouvida selectivamente... para certas matérias, sobretudo no campo das doenças agudas, doenças infecciosas. Quando se trata de doenças crónicas há uma surdez que se traduz nos pontos salientados. Ainda bem que o Plano pode permitir alertar para estas questões, e nesta sua segunda fase com impacto acrescido.

"40% dos cancros são preveníveis". E onde é que nós colocamos as nossas grandes batalhas? No tratamento! Ninguém pretende recusar a possibilidade de se tratar - mas a ênfase está toda colocada na vertente tratamento e praticamente nada no que se pode prevenir. Se analisarmos o que pode ser prevenível - 21% do total é

atribuível ao tabaco, 5% ao álcool, 5% ao baixo consumo de frutas, vegetais, etc. O Professor Miguel Gouveia elaborou, com base nos dados de 2005, um levantamento da carga e custos da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Como podem apreciar o álcool é por si responsável por 3,8% de todas as mortes. O tabagismo 11,7% do total das mortes. Numa perspectiva económica, o Prof. Miguel Gouveia afirma que se devem ao tabagismo 490 milhões de euros, a preços de 2005, só em custos directos, isto é, custos para o Serviço Nacional de Saúde. Um programa de cessação tabágica, devidamente estruturado e organizado traria benefícios que aqui estão bem ilustrados.

Vejamos agora o que se passa com a prevalência dos fumadores em Portugal?

Tendo por base os dados do Inquérito Nacional de Saúde e de outras fontes podemos afirmar que os homens estão a diminuir o consumo ao longo dos períodos analisados, embora os grupos etários 35-44 e 45-54 essa diminuição não se verifique. Contudo nas mulheres, verifiquem o que se passa nos grupos etários, 35-44 e 45-54 e 55-64. Até as nossas avós começaram a apoiar a indústria tabaqueira quando, por razões de saúde pública ela devia estar em crise. Surpreendentemente, aos nossos colegas da Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares, apesar do seu trabalho muito meritório, há que lhes pedir, encarecidamente, que prestem a devida atenção a esta questão que eu sublinhei e que revejam os seus objectivos: "promover a prevenção cardiovascular, sobretudo a secundária e de reabilitação". Temos que, obrigatoriamente, reorientar a estratégia. Não é a tratar as fases avançadas da doença que melhoramos a situação de saúde do país. Nesta oportunidade, volto a trazer aqui a questão da pobreza e da exclusão social. Os factores de risco para as doenças crónicas acumulam-se / agrupam-se, sobretudo, nos extractos sociais mais baixos - sedentarismo, obesidade, as dificuldades nas escolhas da alimentação, o consumo crescente de tabaco. .

Consideremos agora esta afirmação - "o AVC é uma emergência". Sendo assim a prevenção será, certamente, o melhor tratamento. Apesar de se tratar do principal problema de saúde que afecta os portugueses, também neste aspecto temos grandes desigualdades. Acontece que grande parte da população, nomeadamente os que estão mais distantes dos locais onde se encontra disponível "aquela coisa mágica", fantástica, que são "as unidades de AVC" com as novas terapêuticas hoje disponíveis, as quais mudaram por completo as consequências, para uma das categorias do AVC, então se a população está sem defesa, mais uma razão para nós investirmos seriamente na prevenção. As distâncias são enormes e a chegada a uma unidade adequada é muitas vezes um problema sério.

Portanto, como recomenda a Organização Mundial de Saúde, para "pararmos a epidemia global das doenças crónicas" - perspectiva que se propõe que seja incorporada na Declaração do Milénio, uma vez que os povos com menos riqueza estão a adoptar comportamentos que conduzem aos acontecimentos equivalentes aos que nós aqui reportamos para Portugal – há que investir seriamente na prevenção. O Professor Maciel Barbosa vai seguramente falar desta matéria e ilustrar como a "mortalidade prevenível por cuidados médicos" entre nós tem vindo a baixar ao contrário da que é susceptível de ser alterada por "acções de promoção da saúde", a qual permanece estável.

Para terminar, gostava de fazer passar algumas mensagens - "take home message", propondo o reforço da acção da sociedade civil. Devemos trabalhar concertadamente e organizadamente com os vários parceiros envolvidos em todo o processo. Estabelecer prioridades junto dos grupos mais vulneráveis, que muitas vezes têm mais dificuldade no acesso, algo que a "lei dos cuidados de saúde inversos" de Tudor Hart muito claramente ilustra.

Outra questão fundamental diz respeito ao que podemos designar por "cuidados de saúde integrados". Consideremos, por exemplo, os cuidados coronários agudos. Os processos internacionais de acreditação são inequívocos - não basta tratar alguém que teve um enfarte agudo do miocárdio, "dar alta" com carta para o médico assistente. É preciso ir muito mais longe e proceder à ligação dos cuidados para a comunidade e para a família. Hoje em dia, com as as novas tecnologias tal é perfeitamente exequível. São áreas que os mais jovens dominam de uma forma fantástica.

Assim, importa estabelecer parcerias adequadas com os "media" de modo a que a informação possa passar e

atinja a população alvo. A este propósito e da "Gripe Pandémica (H1N1), diz este cartoon: "Bem-vindos ao Paraíso". Creio que pode ser adaptado para a realidade actual portuguesa: "Cancro, DPOC, Doenças Cardiovasculares". Como podem observar há uma passadeira estendida de cor vermelha para os casos da Gripe. Questiono-me se será esta a prioridade adequada que lhe devemos atribuir ignorando o impacto das patologias anteriormente referidas e que são particularmente prevalentes.

Concluo, retomando a questão da cidadania e da legislação associada em vigor. Estamos perante uma oportunidade perdida que ilustra como não somos capazes de fazer bem à primeira e que urge rever pois

"Os espaços livres de fumo salvam vidas, não custam dinheiro e são bem aceites!".

PAINEL

ALCINDO MACIEL BARBOSA

ULS ALTO MINHO

Muito obrigado Rosa Matos, muito obrigado pelas tuas palavras sobre a nossa amizade, que existe e perdurará para além do período em que exercemos funções públicas similares, que estas devem ser sempre de curta duração.

Naturalmente, que não posso começar sem agradecer ao Alto Comissariado este convite para partilhar com esta audiência algumas das experiências que fui vivenciando no terreno enquanto profissional de saúde, e já lá vão 34 anos.

Hoje, e aqui neste painel, vamos correr o risco de alguma repetição. Eu vou começar, recuperando um dos slides que o Professor José Manuel Calheiros projectou, o dos determinantes. A Saúde é, de facto, muito mais complexa do que aquele modelo simples esquematiza. Aquelas três variáveis, contidas naquele slide, constituíram a formatação teórica em que, também, eu fui formado, e que perdurou durante vários anos. O evoluir do conhecimento e da prática demonstraram que aquele modelo está ultrapassado, é limitado na análise e interpretação dos problemas de saúde; hoje assume-se uma plétora de factores determinantes, estes são variados, são múltiplos, são complexos e não é fácil interferir neles.

Quando olhamos para esta multiplicidade de factores determinantes de um qualquer processo de saúde, teremos que concluir que a saúde de um indivíduo, de uma população, ou de uma parte dessa população (de uma determinada comunidade, de um grupo vulnerável, de um grupo de doentes de uma dada patologia) só poderá melhorar, só se conseguirão ganhos em saúde se formos capazes de desenvolver intervenções dirigidos a todos eles, ou pelo menos à maior parte dos factores determinantes. Intervenções fragmentadas, dirigidas a só alguns dos factores determinantes, por muito bem executadas que sejam, mesmo que sejam concebidas segundo o respectivo estado da arte, não vão ter resultados. Podemos, pelo contrário, até correr um grande risco, o de mascarar a realidade e começarmo-nos a convencer que até estamos a ser bons profissionais.

Deixem-me utilizar uma actividade que, ainda, ontem foi abordada nesta casa, neste fórum.

Já agora, gostava de felicitar mais uma vez, publicamente, o Alto Comissariado por esta iniciativa, de que a adesão ao Fórum (esta sala e a outra ao lado estão completamente cheias) e o entusiasmo das intervenções são dois bons indicadores.

Bom, dizia eu, que ontem fomos brindados com dois tipos de intervenções muito interessantes. As das ONG's, das IPSS's, dos grupos de voluntariado, das organizações religiosas, que demonstram, enfim, como há sociedade civil activa, como há intervenções diversas, necessárias e complementares das do Ministério da Saúde. Da parte da tarde, um outro grupo muito interessante, e para quem, como eu, médico de saúde pública que há 20 e tal anos achava que trabalhar na saúde escolar era uma coisa muito importante, ontem aprendi uma boa lição do que é fazer a saúde escolar pelos próprios alunos, por alunos de gerações diferentes, do mais velho para o mais novo.

Ontem, eu ganhei o meu dia, como profissional da saúde pública. Tenho a sensação clara de que a sociedade civil portuguesa está viva e actuante, quer seja na lógica da capacidade de se reunir, tomar a iniciativa e prestar cuidados de saúde, produzir intervenções na saúde, quer seja na lógica de que as novas gerações, estão com uma atitude proactiva face à saúde. Creio que estamos no bom caminho.

Mas, e para retomar a argumentação inicial, deixem-me utilizar um exemplo de problema de saúde que, ontem, aqui foi citado: a obesidade infantil. Um terço das nossas crianças, aos 10-12 anos, 1 em cada 3, tem sobrecarga ponderal.

Se olhamos para os indicadores da prestação de cuidados de saúde às crianças deste país, temos dos melhores indicadores, somos o 4º ou o 5º país do mundo, com melhores indicadores nas taxas de mortalidade infantil, neo-natal e peri-natal. Ou seja, nós prestamos bons e muitos cuidados às nossas crianças, contudo, 1/3 delas estão potencialmente doentes. Cumprimos exemplarmente as orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde, na lógica da periodicidade de exames, mas não temos atitudes, indicadores de alerta que nos chamem à atenção para determinados aspectos da saúde das crianças, e afinal um terço da nossa população, que tem tão bons indicadores de cobertura e de procura de cuidados

de saúde, está doente, ou está potencialmente doente.

Eu creio que estes exemplos são paradigmáticos do que têm que ser no futuro as políticas de saúde, de que a melhoria da saúde da população só se conseguirá com uma estratégia coerente com o tema deste painel: "a saúde em todas as políticas".

Se pretendermos proporcionar saúde a estas crianças, não chega a intervenção dos profissionais de saúde. Cumprem tudo, têm taxas de sucesso, mas 1/3 delas estão doentes e este terço, se não fizermos nada já, não vai ter a diabetes aos 50 ou aos 70, como eu aprendi há trinta e tal anos, vão ter a diabetes aos 20 ou aos 30 anos.

Temos que interferir nesta evolução do paradigma epidemiológico a muito curto prazo, mas de um modo diferente, que envolva muitos outros actores e serviços, temos que intervir na multiplicidade de factores determinantes da obesidade, potenciando sinergias, sem o que não haverá recursos nem dinheiro suficientes em nenhum SNS, não há sociedade, por mais rica que seja, que tenha a capacidade de assegurar a sustentabilidade desta prestação de cuidados de saúde, se não evoluir e alterar a modalidade de intervenção.

O professor José Calheiros falou de um estudo que se fez lá no norte, na população do norte, que é um estudo muito simples, mas só agora, há meia dúzia de meses, é que tivemos a capacidade de o fazer: o da análise da mortalidade evitável. Há dois grandes grupos de mortes evitáveis: as que estão associadas ao funcionamento dos serviços de saúde e as que estão associadas à promoção da saúde. De facto, a mortalidade evitável associada ao funcionamento dos serviços de saúde, tem vindo a descer sustentadamente nos últimos três quinquénios; já a mortalidade evitável associada à promoção da saúde, no mesmo período de tempo (15 anos) está estável.

Este relógio aqui à nossa frente é diabólico, cria-nos cá uma pressão... Tenho 44 segundos, e espero terminar dentro do meu tempo.

Concluindo, a promoção da saúde, o investimento na promoção da saúde é essencial e terá que ser uma prioridade no futuro Plano Nacional de Saúde, bem como será necessário desenvolver e afinar os instrumentos de monitorização dessa própria intervenção plurisectorial e multidisciplinar. Como também já aqui foi afirmado, e subscrevendo intervenções anteriores, estou convicto que sem uma aposta séria no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde não vamos ter ganhos em saúde, estará em causa a sustentabilidade do nosso SNS e vamos assistir a mais iniquidades em saúde e sociais.

Consegui acabar 10 segundo antes de terminar o meu tempo...!

Muito obrigado.

PAINEL

PEDRO PIMENTEL

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS

(Muito obrigado, Doutora Rosa Matos.)

Quero começar por agradecer à organização, o Alto Comissariado da Saúde, o convite para estar presente e participar nesta reunião, abordando a questão das políticas saudáveis, na perspectiva das suas implicações no plano de controle das doenças oncológicas.

De facto, o cancro constitui um bom exemplo da relevância e do impacto que a promoção de "saúde em todas as políticas" pode ter na programação e execução de um plano de saúde pública.

Na acção contra o cancro, deve ser considerada, em primeiro lugar, e prioritariamente, a prevenção. Como já foi aqui referido pelo Professor Calheiros, 40% dos cancros são evitáveis, desde que se controlem os principais factores de risco. Dentre estes, o consumo do tabaco é o principal, sendo, só por si, responsável por 25-30% dos cancros diagnosticados nos países desenvolvidos. Cerca de 90% dos casos de cancro do pulmão estão directamente associados ao consumo do tabaco.

O consumo regular do álcool está também associado a uma maior incidência de cancro, em particular os cancros da cavidade oral, faringe, laringe e esófago.

Estima-se que a obesidade é responsável por cerca de 4% dos cancros no homem e 7% na mulher, estando associada, em particular, a um risco acrescido de cancros da mama, do esófago, do cólon e recto, do endométrio e do rim.

A actividade física, para além de contribuir para a redução do excesso ponderal, tem por si só um efeito favorável na prevenção dos cancros da mama após a menopausa, do cólon e do endométrio.

Outros determinantes de doença, como factores ambientais (por exemplo, a exposição solar) e a exposição a carcinogénicos no ambiente de trabalho (que é responsável por cerca de 5% dos cancros) são igualmente passíveis de prevenção, devendo constituir questões centrais no âmbito da saúde pública.

Com o objectivo de permitir o diagnóstico precoce da doença, há que salientar a importância dos programas de rastreio de base populacional – designadamente, dos cancros da mama, do cólon e recto e do colo do útero – que constituem, também, uma área de intervenção com impacto significativo na redução do peso da doença oncológica.

Ao abordar as questões relacionadas com o tratamento do doente com cancro importa ter em consideração não apenas os aspectos meramente técnicos da prestação de cuidados, mas também todo o impacto psicossocial que a doença tem, designadamente a nível familiar e no trabalho.

Depois, há que pensar nos sobreviventes do cancro. Não só aqueles que ultrapassam e curam a doença, mas também aqueles que sobrevivem com cancro. A maior eficácia no controle da doença oncológica traduz-se em que os doentes com cancro vivem, actualmente, mais tempo com doença. Neste âmbito, devemos considerar as questões relacionadas com a reabilitação, a vigilância da doença, os processos de reinserção profissional e social, os cuidados paliativos e o apoio familiar, sobretudo nas fases da doença avançada e doença terminal.

Ora, a abordagem deste conjunto de acções relacionadas com o cancro ultrapassam largamente a área de intervenção médica, pelo que é essencial convocar e envolver um conjunto de sectores que, não estando incluídos no âmbito da saúde em sentido estrito, podem e devem ter um papel decisivo no controle da doença. Sectores como a educação, o trabalho, a economia, as finanças, o ambiente, os transportes e a própria sociedade civil, em particular através de organizações não governamentais, estão implicadas no conjunto de questões que abordei relacionadas com o cancro e, por conseguinte, desempenham um papel importante na promoção de políticas saudáveis.

Pelo que fica dito, torna-se claro que um programa de prevenção e de controlo do cancro, não pode cingir-se à perspectiva de um programa "vertical" isolado. Deve, antes, promover uma abordagem global e sistémica, com uma orientação estratégica bem definida e que promova uma articulação com diversos intervenientes, em diferentes níveis de cuidados, que faça a integração com outros programas – como, por exemplo, a criação de uma agenda comum na prevenção, que envolva áreas como o cancro, as doenças cardiovasculares e a diabetes.

Um plano oncológico deve estar ajustado ao contexto social em que pretende intervir, deve promover a parceria com os diferentes disciplinas e sectores na sociedade e estar centrado nas necessidades dos cidadãos.

Eram estes os tópicos que gostaria de propor para reflexão e debate.

(Muito obrigado pela vossa atenção.)

PAINEL

PAULO COLAÇO

PROGRAMA NACIONAL DE MARCHA E CORRIDA

São inúmeros os estudos e os alertas de diversas entidades que apontam para a importância da actividade física na promoção da Saúde. Na verdade, todos conhecemos de alguma forma, o impacto positivo que a prática desportiva pode ter na promoção da saúde, e em particular os efeitos que a marcha e a corrida podem ter, nomeadamente por se tratar de uma actividade que é de fácil prática e que tem um grande impacto na saúde graças ao estimulo aeróbio que promove. Mais do que reconhecer a importância da pratica da marcha e da corrida e

do desenvolvimento desta actividade desportiva, mais do que referir os inúmeros estudos que existem e que comprovam os efeitos que tem ao nível da saúde, ou mais do que referir o impacto económico que pode ter o desenvolvimento de projectos nesta área nas políticas de saúde, nomeadamente com programas de actividade física, aquilo que pretendemos acima de tudo é apresentar um programa que já tem efectivamente, actividade prática, que está a decorrer por todo o país, e que tem desde já um conjunto de parceiros, neste caso a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, a Federação Portuguesa de Atletismo e o Instituto do Desporto de Portugal, como as três grandes instituições promotoras deste Programa Nacional de Marcha e Corrida. De modo a que possamos perceber o que esteve na génese deste Programa, podemos levantar aquelas que são as grandes questões que formulámos em relação à elaboração deste projecto e porque razão é que estas questões nos pareceram pertinentes, para percebermos então, de que modo estamos a tentar dar resposta a cada um dos problemas levantados. Temos deste modo 6 grandes questões na génese deste Programa: (i) Temos muitas pessoas que fazem uma prática desportiva de marcha e corrida e todos nós conhecemos grandes eventos de marcha e corrida que ocorrem um pouco por todo o país, mas será que essas pessoas têm efectivamente uma prática regular? Ou será que estão apenas envolvidas com a participação em eventos?; (ii) existem pessoas que praticam marcha ou corrida de uma forma regular. Será que essas pessoas dispõem de um apoio técnico qualificado? A verdade é que sabemos que essas pessoas desenvolvem uma actividade sem o apoio técnico que deveriam ter e sem os cuidados que deveriam ter no desenvolvimento dessa mesma prática; (iii) Por outro lado, que garantias temos de que os praticantes de marcha e corrida não estão a cometer erros graves no seu treino? Sabemos que temos várias pessoas que praticam marcha ou corrida e que cometem erros graves numa actividade, que sendo uma actividade saudável, pode ganhar contornos que comprometam a saúde das pessoas quando não é promovida da forma adequada; (iv) Quantas pessoas com problemas de saúde estão de facto a beneficiar dos efeitos positivos da marcha e da corrida de uma forma bem orientada, organizada, bem estruturada e tecnicamente qualificada?; (v) Que oferta desportiva é que nós damos a crianças e jovens, que apresentam problemas de obesidade e que não encontram na prática desportiva federada uma solução? O nível de oferta desportiva competitiva, coloca alguns jovens nomeadamente com problemas de obesidade, fora desse sistema. De facto, estes jovens dificilmente irão praticar desporto em práticas orientadas para o rendimento desportivo, pois esses jovens e crianças, não se sentirão enquadrado naquilo que são as expectativas criadas em torno desses projectos desportivos; (vi) Quando uma pessoa de qualquer idade, de qualquer extracto social, que queira desenvolver uma prática de marcha ou corrida regular, onde é que essa pessoa poderá encontrar apoio técnico qualificado? Foram estas as questões que nos levaram a elaborar aquilo que é o Programa Nacional de Marcha e Corrida que está a ser desenvolvido por todo o país em conjunto pelas três instituições que o desenvolvem: o Instituto do Desporto de Portugal está assim a dar resposta às orientações actuais da União Europeia para a actividade física, com ênfase na promoção da saúde e do bem-estar e na redução dos níveis de sedentarismo que é, como nós todos temos vindo a constatar, um dos factores principais do aparecimento de grande parte das doenças actuais. Por outro lado, temos a Federação Portuguesa de Atletismo que, para além da prática desportiva de rendimento, está a assumir uma importante preocupação social naquilo que é a massificação da prática desportiva com impacto ao nível da saúde da população. O Programa complementa-se com a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto que, neste caso concreto, está a coordenar o desenvolvimento deste projecto e está, em simultâneo, a desenvolver todo o projecto de formação de quadros técnicos que estão a intervir directamente nos centros que estão a ser criados.

Os objectivos principais deste Programa são: (i) aumentar significativamente o número de praticantes de marcha e corrida, em todas as idades e em todo o país; (ii) associar a prática da marcha e corrida não apenas ao rendimento, mas a uma prática desportiva de lazer, de recreação e de promoção da saúde; (iii) envolver diversas instituições neste Programa. Actualmente o desenvolvimento deste Programa tem vindo a ser feito maioritariamente com autarquias, mas pretende-se envolver as escolas, federações e clubes desportivos, associações recreativas, entre outros, num projecto nacional no âmbito da marcha e corrida (iv) desenvolver uma actividade com competência técnica, sendo este um ponto-chave para o Programa, porque se pretende formar técni-

cos que intervenham num determinado sentido e de uma forma qualificada com os praticantes.

Neste momento, existem diferentes Centros que estão a ser inaugurados por todo o país, com painéis informativos que disponibilizam informações técnicas e informativas relevantes, servindo assim de divulgação dos locais e da frequência das sessões de treino para que as pessoas possam encontrar o apoio técnico qualificado para desenvolverem esta actividade. Estão também a ser desenvolvidos cursos de formação, com acompanhamento longitudinal a todos os técnicos que se envolvem com o Programa. Existem já diversos técnicos que estão a intervir pelo país, que tiveram uma formação específica que vai desde a importância e cuidados a ter na prática desportiva ao longo de um envelhecimento que se quer saudável, ou da prática desportiva dirigida para a redução dos níveis de obesidade, entre outros assuntos que ligam fortemente a saúde e o desporto. Para isso dispomos de um conjunto de equipas médicas e de profissionais de desporto que estão a trabalhar numa parceria comum para manterem um excelente programa de formação para as pessoas que estão envolvidas com este projecto. Existem inclusive calendários de eventos já definidos procurando-se o envolvimento de vários milhares de pessoas a praticarem marcha e corrida em todos os fins-de-semana, através de projectos inter-municipais que envolvem vários municípios do país. Todas as informações referentes ao Programa Nacional de Marcha e Corrida estão disponíveis num site nacional acessível através do domínio www.marchaecorrida.pt. Com este site pretende-se conciliar todas as informações relativas a este projecto e estamos de facto a trabalhar para aquilo que é um projecto que pretendemos que possa ser aconselhado por todos os programas de promoção de saúde pelo que, desde já, faz todo o sentido contar com o envolvimento crescente de toda a classe médica, numa verdadeira parceria, que leve a uma maior motivação das pessoas para se envolver num projecto deste género, com os benefícios que lhe estão associados.

PAINEL

MANUEL CALDAS DE ALMEIDA

UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS

Em primeiro lugar, eu queria agradecer em nome da União das Misericórdias o convite para estarmos aqui, e eu acho que este é um tema extremamente oportuno para nós. E para muitas pessoas que aqui estão. As pessoas ouvem falar muito nas Misericórdias embora para muitos a verdadeira essencia e missão não é conhecida. Nós começámos há 500 anos a pensar nisto da Saúde. E se repararem, em todas as terras, ou na maioria das terras portuguesas, houve há 500 anos grupos de pessoas que se juntaram para dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede. Isto mudou um bocadinho. Porque quando nós começámos, era mesmo dar de comer e dar de beber a quem não tinha para comer e para beber. Nós, hoje em dia, poderíamos acrescentar aqui, dar de comer bem ou dar de beber bem, porque muito do nosso trabalho hoje em dia continua a ser, às vezes, o dar de comer e o dar de beber a quem não o tem mas, na maioria dos casos, é já da promoção da saúde, do ensinar os bons habitos de vida nomeadamente este problema que hoje foi tão debatido na questão da obesidade infantil. Depois temos todas as outras obras que constituem a missão das Misericordiasem que como vêem também, está aqui a obra de assistir aos doentes e o sepultar os mortos que era, já no princípio, uma questão de saúde pública. Nós não temos muito essa noção, mas as Misericórdias tinham a preocupação de enterrar pessoas condenadas e que que ficavam penduradas à entrada das cidades, enfim, com todas as repercussões que isto tinha para a questão da saúde, já nessa altura tinhamos intervenções fuindamentais á saúde pública das populações.

Nestes 500 anos nós aumentámos de 23 para 350 Misericordias em Portugal e fomos tendo uma série de intervenções na área da saúde que terminaram nos últimos 50 anos do século passado com a rede dos hospitais concelhios que demonstrou bem a adaptação das Misericórdias na prestação da saúde local, e é aí que nós achamos que está muito a nossa missão.

Eu queria chamar a atenção para o final do século XX que representa aqueles últimos 20 anos em que as Misericórdias entraram seriamente na área da gerontologia e apoio á criança – isto mostra um bocadinho a flexibilidade que as Misericórdias têm, embora sejam entidades antigas, ou velhas, se quiserem dizer, mas a flexibilidade que têm, a adaptação. Nestes últimos 30 anos, as Misericórdias dotaram Portugal de uma rede de lares, de uma rede de centros infantis, de creches, enfim, dotando uma série de respostas para a infância e uma série de respostas para a terceira idade.

Esta adaptabilidade à evolução das necessidades é evidente também, já no princípio do século XXI, com a questão da rede dos cuidados continuados. Isto são os equipamentos que nós temos neste momento, em Portugal, e o que eu queria dizer um pouco, é que nós estamos muito numa grande fase de transição, ou seja, mais uma vez está-nos a ser exigido uma flexibilidade e uma capacidade de adaptar às respostas que as pessoas necessitam e que o Sistema Nacional de Saúde necessita e que este tema da Saúde para todos, tanto necessita. O que é que isto quer dizer: quer dizer que nós (nós Misericórdias, todos nós Portugueses) estamos a pensar todos e hoje, , o que é que é isto de prestar cuidados de saúde? É evidente que há muito nós podíamos estar centrados naquela nossa vocação enquanto hospitais concelhios, nas 17 unidades de hospitais de agudos das Misericordias , da prestação de cuidados na área dos agudos.

Actualmente pensamos que não é essa, basicamente a nossa prioridade.

A nossa preocupação, neste momento, está muito na área dos cuidados continuados, que nós achamos que têm dois objectivos muito claros:

Naquelas pessoas em que é possível restituir autonomia, ter uma atitude muito proactiva de pôr as pessoas de novo como estavam antes do episódio: a pessoa que teve um AVC, fez uma fractura do cólo do fémur, enfim, o que for, que tem um episodio que lhe causa uma perda da sua autonomia, da sua qualidade de vida, do seu valor de vida, a nossa missão nos cuidados continuados, é pô-lo outra vez como ela estava antes, se possível.

Se isso não é possível, se há de facto uma deficiência final que, ligada à capacidade funcional e social nas tais determinantes de saúde, não o permite, então que tenha um local onde haja esse apoio nas actividades diárias, com dignidade, com respeito e onde a pessoa possa ser feliz. E esta palavra, felicidade, não se deve perder em nenhum dos circuitos dos cuidados continuados.

Há outras áreas que nós estratégicas para nós neste momento e que têm a ver, de facto, com o que é ser saudável. Nós para pensarmos no envelhecimento saudável, e no envelhecimento activo, devemos começar com as crianças. Eu lembro-me sempre uma vez que estava a fazer saúde escolar nas Brotas, que é uma terrinha perdida no meio do Alentejo, e perguntei a um miúdo: "Ouve lá, tu sabes porque é que eu estou aqui a falar contigo de alimentação, de exercício?", ele disse-me: "Sim! É para eu morrer saudável.". Eu, na altura, achei aquilo redundante, mas ele tem razão, nós queremos é morrer saudáveis, nós queremos é chegar o mais tarde possível muito saudáveis e temos começar a trabalhar com a infância.

As Misericórdias aqui têm uma rede muito próxima das pessoas, muito adaptadas às pessoas, e esse é um desafio que nós temos neste momento, é começarmos a aproveitar esta rede para fazer com que as pessoas morram saudáveis. Isto com o trabalho desde crianças, até ao trabalho nos velhos. Isto fez-nos reflectir em muitas coisas. Por exemplo, apoio domiciliário. O que é que é para nós, portugueses, o apoio domiciliário? É o chamado cama, mesa e roupa lavada. Ir a casa das pessoas, levar comida, arranjar a casa, isso tudo. Agora começámos a pensar um bocadinho em fazer reabilitação. O apoio domiciliário tem que ser muito mais do que isso. Como é que nós nos podemos atrever a dizer a um idoso: "Você seja activo, interaja, vá com os seus amigos, a solidão é terrível para si", e depois deixamo-lo num terceiro andar sem elevador. Há aqui qualquer coisa que não bate certo. O nosso apoio domiciliário tem que começar a ser proactivo, a fazer com que as pessoas interajam, a ser um facilitador destas coisas. Não basta levar a sopa, é preciso levá-lo junto dos amigos, é preciso possibilitar a para interacção e sociabilização. Isto é saúde, isto tem a ver com hábitos saudáveis de vida, e nós não nos podemos demitir destas obrigações. Esta é uma preocupação nossa, Misericórdias, neste momento.

Assim como em relação ao apoio domiciliário, o mesmo se pode dizer dos lares. O que é que nós queremos que sejam os lares? Os lares não têm nada a ver com o que são hoje. Têm que ser diferentes. Os habitantes dos lares daqui a pouco tempo serão pessoas de jeans e rabo-de-cavalo e com o brinco na orelha, esperemos. E portanto, isto vai mudar tudo e nós temos que nos adaptar a esta mudança. O que é que nós estamos a fazer? A centrar-nos localmente, as Misericórdias são de base local, mas tentar ter uma estrutura central que lhes dê apoio técnico, que lhes dê competências. E neste momento é o que estamos a trabalhar na União, fazer com que a União seja capaz de ter pequenas unidades de consultadoria na área da comissão de infecção, na área das feridas, na área da qualidade, na área das comissões de ética, para que as Misericórdias, a nível local, possam assegurara essas competencias. Achamos que com esta nossa presença local e esta nossa capacidade de nos centralizarmos globalmente poderemos ter, de facto, um papel de utilidade no Sistema Nacional de Saúde e, principalmente, na capacidade de todos de pensarmos a Saúde de outra maneira. Muito obrigado.

DEBATE

JORGE SOARES

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN

Como não há "facilitador" nesta Sessão, vou tentar não complicar. Saúdo e cumprimento todos os presentes. Saúdo, com muita estima, o nosso Presidente (Prof. Pereira Miguel) e, na pessoa dele, todas as personalidades que integram este painel.

Quando a Professora Maria do Céu Machado me convidou para falar sobre a "Saúde nas Políticas" eu pensei que íamos ter aqui algum debate sobre a "obesidade da despesa pública" ou sobre como "emagrecer a dívida do Estado". Felizmente que a ideia não era essa, e eu poderei resumi-la naquilo que os diferentes intervenientes já aqui afirmaram, através do seguinte enunciado: as questões da saúde, hoje em dia, infiltram, grande parte das políticas sectoriais e das políticas transnacionais. Como o justifico? A Saúde cruza a Segurança Social, como acontece nos temas do envelhecimento, da deficiência, da exclusão e disfunção social. Cruza o Ambiente nas questões da qualidade e segu-

rança alimentar, das doenças respiratórias, das doenças alérgicas, etc. Convive com a Ciência nos propósitos da investigação biomédica. Interage com a Justiça nas questões da violência, da condução automóvel, do consumo de drogas. Com o Trabalho, partilhe as questões do absentismo e o que com ele está relacionado. Com a Educação, as políticas da saúde escolar e questões correlacionadas. Esta necessidade de relação intersectorial da saúde com as demais políticas é, por isso, incontornável.

Mas não só no plano nacional, a nível global também assim sucede. As infecções emergentes, como a gripe H1N1, são questões eminentemente transnacionais. Como o são as questões do aquecimento global ou dos mercados dos medicamentos. São também transnacionais, as questões da pobreza, da fome, das infecções e da mortalidade associadas. Por isso, a saúde começa a estar no centro da diplomacia e, não será por acaso, que nas reuniões do G8 ou do G20 a saúde começa a fazer parte da agenda política, do elenco dos assuntos em debate. Em alguns países, os diplomatas, que já recebem formação específica na área da economia, porque a economia é um poderoso elemento no plano da intervenção da diplomacia, também começam a ter preparação em dossiers da área da saúde, precisamente por esta ser uma questão supranacional.

E, posto isto assim, iria, neste momento dar pretexto ao comentário do Senhor General Loureiro dos Santos, que vai fechar a sessão, na sua condição de militar distinto, falando de estratégia. Com esse objectivo, permitam-me dois disparos, para provocar o debate. O primeiro vai para o nosso Presidente. O Prof. Pereira Miguel começou por dizer que devíamos "empoderar" a Senhora Ministra, ensinar-lhe inclusivamente a bater com a mão na mesa (várias vezes, sic) o que pode criar aqui uma questão nova, ainda não equacionada, que é o da violência no Conselho de Ministros ! ... Ao invés, do Prof. Pereira Miguel, eu acho que o importante será "empoderar" os cidadãos, proporcionando-lhes informação, que é um processo de assimilação cultural lenta. É preciso converter a informação em conhecimento porque, se assim não for, os cidadãos não ficarão mais qualificados e a qualificação é condição essencial para duas coisas: uma, para a exigência nos direitos próprios e, outra para a participação colectiva, que é exigência da responsabilidade.

O segundo disparo é para a Directora Regional da Organização Mundial de Saúde Região para a Europa. Eu não concordo com a sua afirmação que devemos em cada ministério, criar "uma espécie de ministro da Saúde". Isso é o que já existe, e que tanto dificulta o diálogo. Quando há um problema intraministerial que tem a ver com, a saúde, o ministério respectivo deve ir informar-se junto de quem sabe. Quer dizer, a questão de não haver "condomínio" é que é um elemento altamente limitante na eficácia das políticas. Por isso, acho aquela frase altamente infeliz, porque, legitima que cada um tenha o seu domínio de interesses próprios. E a questão central na ausência de "condomínio", é o conflito de interesses, que paralisam ou dificultam as operações do dia-a-dia. Eu tive oportunidade, no ano passado, de participar numa reunião sobre saúde global, na presidência sueca, e fiquei muito impressionado quando me informaram que todos os ministros quando estão em Estocolmo vão sempre almoçar, entre o meio-dia e as duas horas, na residência oficial do primeiro ministro. Isto significa que resolvem intersectorialmente, numa forma atípica, dir-se-ía informal de "condomínio", grande número de problemas que, de outra maneira, se não resolveriam ou demorariam a resolver. Portanto, a questão não é construir uma espécie de ministro da Saúde em cada ministério, isso já existe; pelo contrário, é fazer exactamente uma facilitação do condomínio político e enriquecer o diálogo entre a saúde e os demais domínios da governação. Muito obrigado.

DEBATE

CELESTE GONÇALVES

RP CIDADES SAUDÁVEIS

Começo por agradecer à Senhora Alta Comissária da Saúde pelo facto de me ter convidado para esta mesa com uma temática tão actual "A Saúde em todas as Políticas". Vou ser breve porque, de facto, já muito foi dito nas intervenções anteriores. Mas, das excelentes intervenções que ouvimos, quero aqui realçar duas questões: a primeira, é que a evidência científica tem demonstrado através da análise do padrão da morbilidade e da mortalidade de que só é possível obter ganhos em saúde se actuarmos ao nível dos determinantes de saúde. E para que essa actuação seja eficaz, têm que os diferentes sectores trabalhar em conjunto.

A segunda questão, é saber como é que isto se faz? Em intervenções anteriores foi falado no Plano Nacional de Saúde e nos programas de saúde verticais. Gostava de me concentrar, até devido à minha experiência, ao nível da intervenção local.

Ouvimos ainda há pouco, o Professor Paulo Ferrinho, dizer que é na linha da frente que as coisas acontecem. De facto assim é. Eu própria tenho alguma experiência, como médica de saúde pública no município do Seixal. No Seixal, desde 1998, há um trabalho conjunto entre a autarquia e a saúde, onde se estabeleceram várias parceiras,com vista á melhoria da saúde da população.

Da minha experiência concluo que este é o principal caminho a percorrer para proporcionar ganhos em saúde da população, a nível local. Mas, para que isto aconteça, é preciso haver um conjunto de condições prévias facilitadoras a este processo.

A primeira questão é a necessidade de haver capacidade de liderança, que permita imprimir uma estratégia de acção intersectorial, com vista a melhorar a saúde. A necessidade de acções integradoras fomentam a cooperação e substituem a competição, aliás como foi dito ainda na intervenção anterior.

Por outro lado, existem diferentes etapas de cooperação que são fundamentais: é preciso definir e planear as acções em conjunto com todos os sectores; é preciso partilhar e analisar toda a informação sobre os aspectos da saúde. No Seixal, por exemplo, aprovámos um documento único pelos diferentes sectores da comunidade, chamado o Plano de Desenvolvimento de Saúde, que reflecte as prioridades estabelecidas pelos diferentes sectores no âmbito da promoção da saúde e que é o nosso documento estratégico que nos tem orientado ao longo destes anos.

A segunda questão é a necessidade de mobilizar os grupos da comunidade para que participem de uma forma activa. Na nossa experiência, em vários momentos mobilizámos a comunidade para promover inquéritos de saúde aos cidadãos, para identificar as necessidades de saúde e para análise e avaliação do próprio Plano de Desenvolvimento de Saúde.

A terceira questão, é a necessidade de publicitar os resultados e os processos da nossa intervenção. Ou seja, desenvolver um sistema de comunicação que dê visibilidade às acções e aos resultados obtidos e que aumente o empenho de todos os sectores e a satisfação dos profissionais que nele estão envolvidos.

Como vimos, o trabalho intersectorial é necessário, mas de uma grande complexidade. Muitas instituições orgânicamente são estruturas verticais, hierarquizadas, e aquilo que se espera delas é exactamente o contrário. Espera-se trabalho de equipa, com areas de projecto transversais. Por outro lado, também não há enquadramento legal para a afectação de recursos humanos e outros, a este tipo de tarefas.

O que leva muitas vezes ao sucesso do trabalho intersectorial é, muitas vezes a vontade de alguns profissionais, munidos de espírito empreendor, em realizar acções diferentes e mais efectivas. Mas esta situação é muito frágil, porque estes profissionais podem mudar e os projectos correm o risco de cair. A sustentabilidade dos projectos intersectoriais passam por criar uma estrutura de suporte que sirva de plataforma a toda esta dinâmica.

Por último, gostaria de deixar aqui a seguinte reflexão:Já vimos que o trabalho intersectorial é essencial na promoção da saúde pública e tem demonstrado evidentes ganhos em saúde.

Mas é preciso encontrar medidas facilitadores para

o seu desenvolvimento. É necessário repensarmos novos modelos organizativos que levem à aplicação dos projectos horizontais a nível local, desenvolver um sistema de informação que integre e avalie as diferentes acções e criar incentivos aos profissionais para imprimir novas dinâmicas de trabalho

DEBATE: FOCALIZANDO A AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS SAUDÁVEIS

ZULMIRA HARTZ

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Inicialmente, como os demais colegas da mesa, quero agradecer esta oportunidade impar de compartilhar com os participantes deste evento, uma das questões que são quase permanentes, no meu status de investigador do campo da avaliação em saúde há quase 15 anos, sobretudo face às expectativas que se tem em relação à avaliação. Essa questão me foi particularmente evocada ao fazer a leitura do texto de nosso conferencista lembrando que, apesar da União Internacional de Educação e Promoção da Saúde desde 1999 ter elencado evidências científicas do impacto potencial das políticas ditas "saudáveis", não apenas no sector saúde como social e económico, havia uma estagnação da mortalidade evitável em Portugal, por acções ou actividades de promoção de saúde, desde 1989. Esta constatação certamente gera preocupações sobre a efectividade dessas intervenções e, para mim, ela sinaliza sobretudo a baixa capacidade que tem tido nossas avaliações para influenciar e reorientar políticas nacionais, nomeadamente quando se tratam de políticas "intersectoriais", o que implicaria um espaço de co-gestão mais ou menos organizada. Na prática, o que vemos muitas vezes são políticas "multissectoriais", em que os próprios parceiros não se reconhecem nem se sentem integrados, do âmbito nacional ao local. Portanto a principal questão que me coloco como avaliadora é sobre "**como a avaliação pode favorecer, ou não, a sinergia entre essas políticas nacionais e as iniciativas locais, de modo que sejam efectivamente promotoras de saúde**". Neste sentido, gostaria de dar algumas pistas de resposta que emergem da literatura neste campo, com o aval da Organização Mundial de Saúde e outros organismos internacionais, considerando-se **que a avaliação é uma acção reflexiva sobre a intervenções, ou seja, ela é uma acção social que integra as políticas de saúde desde sua formulação, na medida que indica e explica precocemente dificuldades e problemas que possam inibir sua efectividade**.

Assumindo-se esse pressuposto, percebe-se nos estudos recentes sobre a utilidade das avaliações que, pelo menos, três problemas necessitam ser considerados, e o primeiro é a **oportunidade** ou momento em que se fazem as investigações avaliativas. E por quê? No caso das políticas saudáveis, nós temos particularmente um importante gap temporal e de conhecimentos entre as predições e recomendações, emanadas dos dispositivos europeus de Health Impact Assessment, e as avaliações efectuadas, sob o pretexto do "precisamos esperar vários anos para poder dar tempo de se alcançar e observar seus efeitos". Ora, todos os estudos mostram que é na fase da implantação das políticas, na passagem da teoria à prática, que ocorrem a maioria dos eventos críticos que comprometem a qualidade, efectividade e sustentabilidade das intervenções, e nós temos normalmente uma ausência de informações sobre essa fase de implementação das políticas públicas.

O segundo problema, também relacionado ao anterior, é a **descontextualização** dos estudos quando se comparam "presumidos" efeitos (positivos e negativos) entre diferentes contextos, sem se saber na realidade com que qualidade e intensidade essas acções foram implementadas, para lhes serem atribuídos. Eu não posso elencar aqui todos os exemplos, mas temos estudos clássicos na área de políticas de tabagismo nos Estados Unidos onde, por exemplo, o parlamento aprovou uma lei de proibição de venda de cigarro a menores e a resposta foi exactamente o contrário. Uma avaliação posterior mostrou que parte do financiamento e até de um lobby para aprovação dessa política vinha da própria indústria de tabagismo, que explorava o mecanismo psicológico do "desejo" associado ao "proibido" nos adolescentes. A avaliação ultrapassa assim o objecto da monitorização (apenas ver se estamos ou não obtendo o que

se espera) para incluir efeitos inesperados e colaterais (externalidades).

Por último, mas não menos importante, é preciso explicitar qual o **tipo de avaliação** que estamos pretendendo fazer. Há claramente, uma grande diferença entre aquelas que acontecem até o início da década de 90 (centradas no controle dos financiadores e realizada somente por avaliadores externos ou auditores) e as últimas gerações de avaliadores, conscientes de que não se pode avaliar intervenções inovadoras, em suas múltiplas parcerias e complexidade, com antigas abordagens que desconhecem, na sua estrutura e no seu desenho, o grau de participação e interesse dos actores envolvidos -organizações não governamentais, cuidadores informais, agentes comunitários, utentes etc- na resposta às diversas indagações e etapas das investigações, potencializando sua utilidade e influência nas tomadas de decisão que aumentem o impactos das acções avaliadas.

Finalizaria meus comentários lembrando: por melhores que sejam as intenções e formulações da "saúde em todas as políticas", nem sempre conduzirão aos resultados desejáveis, e é fundamental avalia-las porque, às vezes, temos efeitos adversos ou externalidades altamente positivas que, por si só, já justificariam aquela política, independente de alcançar todos os efeitos esperados. No entanto, se não qualificarmos sua implantação, jamais poderemos favorecer e distinguir os efeitos que acreditamos que elas teriam dos que de facto ocorreram. Muito obrigada.

ESTRATEGA

LOUREIRO DOS SANTOS

Dei-me conta, ao longo desta sessão, pelas exposições dos meus ilustres companheiros, de uma coisa interessante: é que há uma certa identidade, em muitos aspectos, entre a questão da segurança, que é a minha especialidade, e a questão da Saúde, que é a especialidade de todos os outros circunstantes. Para começar a explicar isso em termos estratégicos, remontaria à origem do Estado – porque é que existe o Estado? O Estado existe porque houve um grupo de cidadãos, ou vários grupos de cidadãos, cada um para o seu Estado, que fizeram um contrato com alguém que lhes garantisse os dois objecti-

vos essenciais de qualquer unidade política - segurança e bem-estar - em troca de uma certa limitação de direitos e liberdades. Portanto, teve lugar um compromisso, um acordo, em vista do qual os dirigentes têm, perante os cidadãos, responsabilidade de lhes garantirem segurança e bem-estar. Quando quebram esse acordo, os cidadãos substituem-nos. É claro que há várias maneiras de serem substituídos... Nas sociedades ocidentais modernas não são substituídos a pontapé.

Ora bem, a segurança e o bem-estar são, de certa maneira, objectivos cuja não satisfação, em limite, significam a morte. No caso do bem-estar, a morte pode resultar de uma ameaça não intencional, uma doença, um ambiente hostil; o que significa que, no caso da Saúde não existe o propósito de matar, a morte ocorre como resultado do contrair uma doença e da sua evolução.

No caso da segurança, a morte verifica-se porque há um outro grupo que, intencionalmente nos quer matar.... Isto significa que tanto os responsáveis pela política de segurança como os responsáveis pela política de Saúde têm que olhar para o cidadão em termos globais, devendo ter em atenção que a suprema arte da estratégia será evitar a morte sem combate, adaptando uma famosa frase de Sun Tzu no seu famoso livro "Arte e Guerra", quando diz que a suprema arte da guerra é alcançar a vitória sem combate. O que, se poderá traduzir, para o responsável da Saúde, que a suprema arte da estratégia, em Saúde, é evitar a morte sem que o cidadão vá para o hospital.

Por tudo quanto aqui ouvi, cheguei à conclusão que, de facto, assim como para garantir a segurança e a estabilidade de um determinado espaço, a utilização da acção militar deve ser uma excepção, e tudo deve ser feito para garantir que todas as áreas – economia, ambiente, educação, etc. – onde o governo de um território pode interferir (para muitos, não têm aparentemente a ver com a defesa nem com a segurança) devem concorrer para conseguir essa segurança, assim como acontece desta forma com a segurança, o mesmo raciocínio tem que ser feito para a Saúde. Isto é, a ideia com que fiquei é que a maior parte das políticas que garantem a Saúde não pertencem à política do sector de Saúde. Para isso, é necessário que os responsáveis - regressando ao tal acordo, ao tal contrato de que falei – por outras áreas da governação (não há apenas um ministro do Bem-Estar e um ministro da Segurança, mas sim uma série de ministros para as diversas políticas), tal como o especialista em segurança tem que ver até que ponto elas afectam a segurança, o mesmo tem que ser feito em relação às questões da Saúde. Assim como, hoje em dia, para cada projecto paisagístico ou urbano, etc., há necessidade de ser feito um estudo de impacto ambiental prévio, terá que haver também um estudo de impacto de Saúde em todos os projectos de outras políticas, tal como, pelas mesmas razões, deverá existir um estudo prévio de impacto de segurança.

Como é que isso se faz? Nós, na área da Segurança fazemos assim: defendemos, e felizmente conseguiu-se com a última Lei de Defesa Nacional, embora mitigadamente, que o Primeiro-ministro delegasse no Ministro da Defesa Nacional autoridade na maior parte das políticas interministeriais de segurança, (algumas continuarão na mão do Primeiro Ministro, isto é, há questões de Segurança que tem que ser o Primeiro Ministro a decidir, assim como – presumo eu – deverá haver questões de Saúde que só o Primeiro Ministro pode decidir), o que lhe permite fazer a coordenação com os restantes ministros sobre as medidas que devem tomar nas suas áreas em benefício da segurança. O que se traduz numa estrutura do Estado que permita essas ligações interministeriais para a Segurança. O Ministro da Defesa organiza no seu ministério um pequeno órgão que tem quatro ou cinco especialistas em ligações interministeriais e têm antenas dos vários ministérios para resolver os problemas; o que se repete aos diversos níveis de acção operacional. Por exemplo, ao nível de um sector - que nós chamamos um regimento - o regimento tem que coordenar com todos os outros elementos para se saber exactamente qual é o impacto que a acção dos outros elementos tem na Defesa.

Situação idêntica terá de se passar na área da Saúde. É claro que o empowerment da Ministra passa por quê? Exactamente pela delegação da autoridade do Primeiro-ministro, por um lado, e por dispor de mecanismos de coordenação interministerial que lhes permita fazer com que a sua acção vá além do sector próprio da Saúde, por outro. Isto é, se um Ministro da Saúde não tiver capacidade - a capacidade legal - para impor uma coisa qualquer a fazer numa outra área, onde se devem observar regras de saúde que o Ministério imponha, não se conseguirá aquilo que, de facto, é o contributo mais volumoso para conseguir o tal objectivo bem-estar na área da Saúde.

É mais ou menos isto que eu queria dizer. Pode ser que agora nas perguntas surjam outras oportunidades.

3º
FÓRUM
NACIONAL
DE SAÚDE
ÍTICAS SAUDÁVEIS
M FUTURO

QUALIDADE EM SAÚDE

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

PRESIDENTE

JORGE SIMÕES

PRESIDENTE DO 3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE

Hoje as preocupações da Qualidade em Saúde invadem praticamente todos os sectores da saúde e praticamente todos os sectores da sociedade.

Constata-se que, do discurso dos profissionais, o tema saltou para os cidadãos que sentem e se pronunciam sobre a qualidade em saúde e no sistema de saúde. É verdade que o tema nasce por iniciativa dos médicos, dos académicos e dos financiadores de cuidados, nasce, de forma consistente, nos anos cinquenta do século passado, nos Estados Unidos da América, com a criação da Joint Comission; depois nos anos sessenta, a doutrina de Donabedian foi determinante para a criação de modelos de avaliação da qualidade em saúde; no Reino Unido a partir dos anos oitenta, e depois nos anos noventa com a criação do NICE; em Portugal destaco, a partir dos anos oitenta, a realização de importantes iniciativas na Escola Nacional de Saúde Pública e, depois, já na década seguinte, a criação de uma Subdirecção Geral de Saúde e do Instituto da Qualidade em Saúde. Portanto, a Qualidade em Saúde é hoje uma preocupação dos políticos, dos técnicos, dos investigadores, mas é um tema, também, que está no domínio público, que tem a curiosidade dos media e que se transformou num imperativo ético, num imperativo de cidadania.

Porém, o conceito de Qualidade em Saúde depende do posto do observador. Para os doentes a Qualidade em Saúde confunde-se com o acesso aos cuidados de Saúde - o tempo para marcar uma consulta, o tempo para uma intervenção cirúrgica, o tempo para chegar ao centro de saúde ou ao hospital, o preço dos medicamentos; confunde-se também, ainda do ponto de vista dos doentes, com a relação interpessoal, ou seja, o afecto, a cortesia, o respeito, a informação que é prestada, ou não, pelos profissionais de saúde; confunde-se ainda com a continuidade dos cuidados - não haver interrupção na informação e na prestação dos cuidados; confunde-se ainda, com a melhoria do seu estado de saúde. Para os prestadores de cuidados, a qualidade pode ser sinónimo de obtenção de resultados clínicos, é a componente técnica, a função de curar. Para os gestores, a qualidade pode confundir-se com a eficiência, com a obtenção dos resultados desejados para a organização.

CONFERÊNCIA

ANTÓNIO VAZ CARNEIRO E LUÍS CAMPOS

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

LUÍS CAMPOS

Parece-nos muito acertado que a qualidade seja, a par da cidadania e do acesso, um dos três principais eixos do PNS 2011-2016. Contribuir para a definição das prioridades nesta área é uma tarefa muito estimulante, porque é difícil, vai decorrer em tempos difíceis, mas é, ao mesmo tempo, uma enorme oportunidade. Tornar os cuidados de saúde mais seguros, mais eficientes, mais acessíveis, mais equitativos, mais contínuos e mais centrados nos doentes é uma exigência cada vez mais manifesta dos cidadãos, dos decisores e uma obrigação ética dos profissionais.

Vamos, sucintamente, citar alguns dos aspectos que nos parecem mais relevantes, incluídos no estudo da qualidade, nomeadamente enunciar algumas das razões que justificam a importância dada a esta área no PNS 2011-2016, clarificar alguns dos conceitos mais citados no estudo, apontar algumas das condicionantes globais relevantes para esta análise, cenarizar a evolução do contexto relativo a este período, identificar as principais determinantes da qualidade e finalizar com algumas das propostas mais impactantes.

Quais as razões que justificam a pertinência desta opção?

Em primeiro lugar, apesar dos notáveis resultados conseguidos em Portugal nas últimas três décadas, subsistem importantes problemas de qualidade nos cuidados de saúde prestados às populações, ao mesmo tempo que surgiram outros novos. Apesar de não haver muita literatura em Portugal sobre esta questão, podemos dar alguns exemplos: segundo um inquérito de 2009, dirigido pelo Professor Vilaverde Cabral, 95% dos portugueses defende a necessidade de mudanças no Serviço Nacional de Saúde; existem cerca de 122.000

doentes em espera não clinicamente aceitável para cirurgia, segundo o relatório do S.I.G.I.C; no Registo Português de Cardiologia de Intervenção de 2002 verifica-se que a realização de intervenções coronárias percutâneas foi, em 2000, de 533/milhão de habitantes, enquanto este procedimento se realiza aproximadamente duas vezes mais na Bélgica, três vezes mais em França e quatro vezes mais na Alemanha. Na análise à evolução do PNS 2004-2010 podemos destacar ainda alguns indicadores em que houve agravamento da situação entre 2001 e 2008, como por exemplo no número de nascimentos pré termo por 1.000 nados vivos, que passaram de 5,7% para 9,0%, a taxa de partos por cesariana que passou de 29,9% para 35,6% (2007), a taxa de mortalidade prevista por suicídio antes dos 65 anos por 100 mil habitantes, que passou de 4,9% para 5,7%, o elevado consumo de quinolonas no total dos antibióticos que se mantém em 12,7%, o aumento da percentagem de indivíduos com 18 e mais anos considerados obesos, que passou de 12,0% para 15,2% entre 1999 e 2006.

Dito isto, é preciso acrescentar que a prestação de cuidados de saúde é das actividades humanas mais complexas e que os outros países enfrentam o mesmo tipo de problemas: nos Estados Unidos morrem 44 a 98 mil americanos por erro médico, no mesmo país são gastos anualmente 700 biliões de dólares em cuidados que não melhoram a Saúde (eu lembro que o orçamento para a Saúde nos Estados Unidos é cerca de 3 triliões de dólares), existem 850 mil eventos adversos anualmente no Reino Unido com custos de 2 biliões de libras e as infecções hospitalares custam 1 bilião de libras, sendo 15% delas preveníveis.

A elaboração dum estudo na área da qualidade exige, no entanto, a explicitação de alguns conceitos.

Num Plano Nacional de Saúde uma das coisas que é óbvio começar por definir é o próprio conceito de saúde. A definição que ainda impera data de 1946 e define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade".

Eu e muitos outros, pensamos que este conceito tem que ser revisto, porque de facto esta definição é indistinguível da noção de felicidade e, obviamente, que os profissionais de saúde não são os únicos responsáveis pela felicidade das pessoas. A saúde não é dicotómica, a saúde diz respeito à pessoa enquanto a doença diz respeito ao órgão ou parte do corpo ou da mente e ter saúde é compatível com doença, ou seja, enquanto nós conseguirmos ir funcionando e cumprindo os nossos objectivos vitais basicamente consideramo-nos saudáveis. Assim, tem havido algumas tentativas de redefinição do conceito de saúde, eu trouxe esta, proposta por Bircher em 2005: "Saúde é um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal". Eu acho que o Plano Nacional de Saúde devia adoptar de forma explícita uma redefinição do conceito de saúde.

Outro conceito importante é o de qualidade: quando se fala de qualidade existe sempre a noção de adequação de um serviço ao receptor, tem a ver com expectativas, tem a ver com necessidades e tem a ver necessariamente com satisfação. Nós recuperamos uma definição do programa ibérico, de 1990: "prestação de cuidados acessíveis e equitativos com um nível profissional óptimo que tem em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação dos utentes".

Ao contrário de outras definições de Saúde, a importância dos custos é aqui mencionada e, de alguma forma, faz a ligação com a noção de valor de Michael Porter, entendida como os ganhos obtidos em saúde em relação ao investimento feito.

Mas este conceito de Qualidade integra um conjunto de dimensões, das quais destacamos dez: a eficiência, a efectividade, o acesso, a segurança, a equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito. Estas dimensões são semelhantes às propostas pelo Conselho de Europa e pela Joint Commission, mas tem mais duas dimensões que são o acesso e a adequação de cuidados.

Outra definição importante para operacionalizar propostas é a dos níveis de qualidade em que esta tem que ser avaliada, monitorizada e melhorada. Nós propomos quatro níveis, os quais são parecidos mas não sobreponíveis aos propostos pelo Conselho da Europa. Esses níveis são o individuo ou a equipe, a unidade ou serviço, a organização e o sistema.

As actividades principais de gestão da qualidade são os ciclos de melhoria, portanto, o desenho da qualidade que é o desenho de novos serviços e a monitorização da qualidade.

Se, de facto, está inerente ao conceito de qualidade a questão da adequação de um serviço às necessidades

das pessoas é muito importante ter ideia das tendências no contexto evolutivo durante o período de cinco anos de vigência do PNS, quer as condicionantes globais, quer as de evolução da procura, da interface e da oferta. Não esqueçamos que a medicina é uma ciência aplicada.

A primeira condicionante global é que nós somos uma sociedade em acelerada mutação, porventura a nossa geração é a geração que assistiu às mais fantásticas evoluções no plano político, tecnológico e sociológico. Portanto, estamos habituados a mudar, somos agentes dessa mudança mas também somos vítimas dessa mudança. Em segundo lugar, as prioridades em saúde podem-se alterar radicalmente e muito rapidamente, as ameaças de pandemias e o terrorismo são exemplos de variáveis imponderáveis. Em terceiro lugar o Sistema de Saúde é um sistema complexo adaptativo, o que quer dizer que há uma zona onde há evidência mas há uma larga área de complexidade e de impredictibilidade, há coisas que funcionam num sítio mas não funcionam noutro, funcionam com umas pessoas mas não funcionam com outras, daí que a melhor atitude é diversificar e avaliar, estimular as boas práticas e inibir as más práticas.

Existem ainda duas condicionantes globais, mas específicas a nível nacional, que é fundamental ter em conta nos anos em que vai decorrer o Plano Nacional de Saúde: a primeira é de que os recursos financeiros vão ser muito escassos, atendendo a que o défice do estado português é de cerca de 150 mil milhões de euros, prevendo-se o corte de 11 mil milhões de euros até 2013 para reduzir o défice orçamental de 9,3 para 3% do PIB. Isto quer dizer que a Saúde vai também ter que colaborar neste esforço. A segunda condicionante global a ter em conta é a escassez de médicos que vai acontecer nos próximos anos, particularmente os médicos de medicina geral e familiar, prevendo-se o risco de metade da população ficar sem médico de família até 2013. Esta situação tem origem remota na introdução do numerus clausus nas faculdades de medicina, que se manteve durante muitos anos, e agravou-se com as novas regras da reforma que induziram à saída precoce de muitos médicos do SNS.

Analisando o que se está a passar no lado da procura, podemos dizer que temos mais doentes idosos, com mais condições crónicas, mais incapacidades, mais problemas sociais, mais morte no hospital e mais expectativas. Do lado da oferta dos cuidados de saúde observa-se o crescimento exponencial do conhecimento, que em medicina duplica cada quatro a seis anos anos, o

que induz a hiperespecialização e a consequente necessidade de trabalhar em equipe, assim como a concentração e aumento da dimensão dos hospitais que têm de ter escala para acomodar essas equipas e essa diferenciação. No entanto as necessidades dos doentes evoluem no sentido contrário, tendo cada vez mais doenças crónicas e multi-morbilidades pelo que necessitam cada vez mais de especialidades generalistas. Por outro lado assiste-se à introdução de tecnologias mais complexas e inovadoras, mais custos, mais competição e na interface interface entre e oferta a mudança do conceito de saúde, da noção de resultados e da transição da tradicional relação medico-doente para uma relação doente-instituição.

Tendo em atenção este contexto é importante atender às principais determinantes da qualidade: as características dos prestadores, das unidades, dos sistemas, a forma como são prestados os cuidados, mas também as características dos doentes, das famílias e da comunidade e da forma como eles participam nesses cuidados; as políticas de saúde e a regulação.

Atendendo a este contexto cenarizado para os próximos anos e ao conhecimento da multitude de varáveis que influem nos resultados que obtemos com os nossos doentes é preciso enfatizar um aspecto: fala-se demasiado de erro médico, quando de facto os erros não dizem principalmente aos médicos, como as questões da governação clínica pretendem induzir, não basta fazer os médicos aderir a normas de orientação clínica, a qualidade dos resultados dos cuidados de saúde está dependente de todos, a todos os níveis, e dos vários componentes do sistema de saúde, de quem desenha hospitais, de quem decide sobre financiamento, de quem planeia os recursos humanos, ou seja, de um conjunto de variáveis estruturais e de processo, e da assumção de responsabilidades aos vários níveis de decisão, que tem que ser analisado num contexto mais vasto da governação do próprio sistema de saúde.

Das propostas resultantes do estudo salientamos:

- A definição de um conjunto de metas nacionais na área da Qualidade, que englobe as suas várias dimensões;
- A criação dum plano de contingência para a escassez de médicos nos cuidados primários;
- A promoção de uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde. Mudamos muita coisa em pouco tempo, criamos hospitais SA, EPE, hospitais públicos com gestão privada, centros hospitalares (26 nos últimos 4 anos), ULS, USF, ACES, reformamos as urgências, os cuidados primários, criamos a rede de cuidados continuados integrados, mais de 20 redes de referenciação, mas o que é que avaliamos? O que é que está a resultar?
- Promover a monitorização da qualidade aos vários níveis do sistema, através de um observatório da qualidade que utilize as várias ferramentas de monitorização: análise de queixas e reclamações, inquéritos, sistemas de indicadores e outros, com o

objectivo de identificar áreas problemáticas e práticas de excelência

- Identificação e promoção das melhores práticas ao nível das estruturas com impacte na qualidade, desde a legislação, financiamento, gestão de recursos humanos, equipamentos e outros, elaborando standards nacionais no que for possível, que sirvam de referência. Como exemplo: em 2005 quando começámos a reforma das urgências apenas 33 dos 73 hospitais considerados hospitais de agudos... tinha mais de 200 camas, o mínimo aconselhável para um hospital deste tipo.
- Elaboração de uma carta hospitalar que defina uma tipologia de hospitais de acordo com critérios de dimensão, população de referência, especialidades e carteira de serviços. A actual classificação dos hospitais vem de uma série de despachos de 1986, que apenas definia os hospitais em função das especialidades médicas, com um grau apreciável de ambiguidade. De acordo com esta carta realinhar as várias redes de cuidados que se ignoram umas às outras.
- Definir uma estratégia para as tecnologias de Informação e comunicação na área da saúde que privilegie a informatização dos processos clínicos, a comunicação de informação dentro e entre diferentes níveis de cuidados, a interoperabilidade semântica e tecnológica das aplicações e dos sistemas de informação, a inserção de auxiliares de diagnóstico, de protocolos e de acesso à informação científica disponível na net, a telemedicina e teleradiologia, o apoio aos autocuidados e a agregação de dados que permita a monitorização de indicadores, entre outros. Promover o registo de saúde electrónico enquanto projecto estruturante para a interoperabilidade dos sistemas de informação na saúde, fazendo a ponte entre o público e o privado, os diferentes profissionais e níveis de cuidados, e constituindo um suporte indispensável para os processos de mudança e para a mobilidade dos doentes, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde e diminuindo o desperdício.
- Promover a melhoria contínua da qualidade ao nível dos processos, a elaboração de normas de orientação clínica e de estratégias eficazes de modificação do comportamento dos profissionais.
- Promover estratégias eficazes de gestão do risco e de gestão do conhecimento, formar os profissionais em qualidade e em governação dos cuidados de saúde, implementar modelos de organização baseados em evidência, alinhar a contratualização com objectivos de qualidade, fazer uma estratégia, promover e apoiar a criação de registos nacionais, como forma excelente de promoção do conhecimento, doenças específicas são uma boa forma de aprendizagem.
- Delinear uma estratégia nacional de combate ao desperdício e de aumento da eficiência em todos os níveis.
- Prompover uma resposta integrada e pró-activa aos doentes crónicos da urgência, baseada no continuum de cuidados, em equipas multidisciplinares, na promoção do *empowerment* dos doentes, de forma a retirá-los das urgências.
- Promover a certificação de unidades em que se realizam procedimentos complexos.
- Persistir na criação de um sistema nacional de acreditação.

ANTÓNIO VAZ CARNEIRO

Um Sistema da Qualidade é uma espécie de parede com múltiplos tijolos que vão constituir como que a sua matriz, com uma possibilidade que temos de responder às necessidades ou não. Só me vou concentrar sobre um pequeno tijolo que é o tijolo da orientação política, as chamadas, as benditas *guidelines* e porquê? Vou tentar demonstrar-vos, acima de tudo, qual é a metodologia que nós propomos, para que normas de orientação clínica (NOCs) no Serviço Nacional de Saúde possam ser implementadas, porque eu penso que é aí que está o segredo e um pouco da sua própria credibilidade. Elas são seguramente um instrumento à volta do qual se vai ter que orientar muito daquilo que foi dito até agora.

A definição e implicação de conjuntos de recomendações clínicas estruturadas, do que se supõe ser a melhor prática com definições claras das situações em que se aplica, e periodicamente actualizadas. Já foi aqui falado esse problema da avaliação periódica. Os objectivos das NOCs são suportar a decisão médica, eu estou a falar aqui em normas de orientação clínica, portanto, não são normas administrativas nem de gestão, estou a falar de orientação clínica, portanto suportar a decisão médica de forma a produzir acções de maior consistência e qua-

lidade e só neste frase eu podia estar aqui uma hora inteira a dizer o que é uma acção de maior consistência, como é que a gente define consistências na saúde, como é que a gente define reprodutibilidades, dados feitos pelos mesmos agentes ou actos feitos por zagentes diferentes, dentro de limites de qualidade bem definidos. Mas enfim, não temos tempo, mas para ter uma ideia: aumenta a acessibilidade ao conhecimento do médico - este é um dos aspectos mais cruciais - porque a quantidade de disparates que se faz nos Sistemas Nacionais de Saúde porque não se atende à ciência por trás é absolutamente esmagadora, e não é aqui, é em todo o lado. Portanto, estes instrumentos são admiráveis para tentar concentrar e concatenar de uma maneira relativamente simples, evidência científica de alta qualidade, depois, bem entendido, promover estratégias de custo, que tem a ver com o consumo de recursos e finalmente, bem entendido, melhorar a qualidade dos sistemas.

Vale a pena concentrarmo-nos muito rapidamente sobre qual é a metodologia que hoje em dia uma norma de orientação clínica deve ter para tentarmos compreender qual é o verdadeiro impacto potencial que um instrumento destes tem. Em primeiro lugar há que identificar o problema, das suas próprias características, depois constituir a equipa de trabalho, depois elaborar a pergunta clínica a responder e depois identificar a avaliação sistemática da literatura e a formulação de recomendações baseadas nessa literatura. Portanto desde já se fica a perceber que este documento não veicula as ideias dos seus autores veicula, em princípio, aquilo que a ciência mostra, quando estou a falar em ciência, estou a falar em ciência clínica. Não me interessam por aí além estudos errados.

Portanto em ciência clínica, em doentes com coisas que nós fazemos aos doentes, com coisas que são importantes para os doentes, com testes que eu posso fazer nos doentes. Depois, a apresentação e disseminação dos resultados, e bem entendida implementação. Esta última parte da implementação é aquilo que hoje em dia mais falha neste mundo das guidelines (é só em si uma ciência própria), depois a avaliação do impacto e a revisão e actualização. Este é um exemplo de um simples filtro que nós utilizamos no nosso centro para procurar os tipos de estudos que vão entrar nas normas de orientação clínica que publicamos todos os anos e já perceberam que isto é um trabalho complexo. Não é algo que se possa dizer intuitivamente, é preciso um know-how muito grande para fazer isto. Para depois as próprias recomendações, porque são baseadas na evidência, terem obrigação de ter em primeiro lugar por trás de si definir ao consumidor daquele instrumento o que é que está por trás. Quando eu digo que a recomendação é tipo A, eu tenho que ter evidência de alta qualidade para que a pessoa que vá ler aquilo compreenda que é diferente do que ter uma recomendação D. E este é que é o segredo da guideline baseada em evidência, e é isto que faz a sua credibilidade. E está sempre em movimento mas a classificação das recomendações é essencial para nós podermos avançar. É óbvio que quando nós temos outros outro trabalhos, isto é uma coisa que demora, enfim uma guideline bem-feita demorará cerca, pelo menos no meu centro, cerca de 12 a 14 meses uma equipa de quatro pessoas. Não a full time, mas uma equipa de quatro pessoas, portanto compreenda que é um documento muito aprofundado que depois habitualmente acaba por ter uma estrutura bastante detalhada onde é contemplado, não só toda a parte da organização, os autores, os conflitos potenciais de interesse que temos, quem financiou a NOC, quais são os seus indicadores, a que subpopulações de doentes é que se aplica, quando é que vai ser revista, onde é que ela está disponível, etc., etc., etc., etc. E portanto depois deste documento é que pode então ser libertado para os sistemas de saúde, e nesse momento eventualmente vir a ser utilizada como instrumento da qualidade. Portanto quis apenas dar-vos uma ideia muito curta e muito precisa de um dos aspectos cruciais que um sistema de qualidade deve ter. Não basta dizer: "Ai eu gostaria muito de ter normas de orientação clínica." Não, não! São estas que nós temos que ter. E é isto que aqui que é mais complicado. Vamos ver se todos em conjunto conseguimos fazer isto. Muito obrigado pela vossa atenção.

PAINEL

ALEXANDRE DINIZ

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Permitam-me que, em nome do Departamento da Qualidade na Saúde, da Direcção Geral da Saúde, cumprimente a plateia e o palco. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde foi desenhada e concebida, tendo por base, principalmente, o seguinte contexto: o Plano Nacional de Saúde elaborado em 2004, identificou, na altura, uma escassa cultura de qualidade no sistema de saúde, um défice organizacional dos serviços de saúde, a falta de indicadores de desempenho e a falta de indicadores de apoio à decisão. Por outro lado, desenvolveu-se um novo paradigma na relação entre o profissional da saúde e o doente, que deixou, progressivamente de estar sujeito a uma relação vertical, de algum ascendente do profissional de saúde sobre o doente, para uma relação mais participada, equitativa e horizontal. Esta mudança de paradigma na relação entre o profissional e o doente tem levado, de facto, à radicação do conceito de autonomia do doente, face ao poder do profissional de saúde. E o doente passou a ter o direito, cada vez mais reconhecido, de participar nas decisões que lhe dizem respeito, de ser informado sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento a que é sujeito e de aceitar ou recusar esses riscos e benefícios, depois de convenientemente informado. Por outro lado, os profissionais de saúde estão cada vez mais sujeitos a uma pressão de actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica para poderem prestar os melhores cuidados de saúde. Os cuidados de saúde são hoje, assim, prestados neste contexto: num palco diversificado de interesses, muitas vezes em conflito, numa mudança tecnológica permanente e, daí, a grande necessidade de actualização, sobre um escrutínio público sem precedentes, com um nível de exigência dos doentes cada

vez maior e sempre na expectativa de obterem bons resultados terapêuticos. Uma vez que o Serviço Nacional de Saúde conseguiu consolidar a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados, o grande desafio que surge neste momento ao sistema de saúde é, de facto, o da qualidade e da segurança do doente. E estas são umas das principais preocupações do sistema de saúde português.

Para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde, o Ministério da Saúde tem a obrigação ética de potenciar a qualidade e a prestação de cuidados de saúde e criar os instrumentos para que isto seja possível. Para promover a qualidade, o Ministério tem a obrigação de definir políticas, de assegurar competências e de criar os meios, de forma a que se consiga garantir a segurança do doente. Neste sentido e depois de inopinadamente, fruto da reforma da administração pública, ter sido extinto o Instituto da Qualidade em Saúde, em 2006, que durante os anos em que existiu desenvolveu trabalho na área da qualidade, sentiu-se a necessidade de ser criado um Departamento da Qualidade na Saúde, no âmbito da Direcção Geral da Saúde, que foi criado legalmente em Fevereiro, mas que, de facto, começou a funcionarr apenas no final de Maio.

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde aconselha que cada país deve ter uma estratégia nacional para a qualidade e para a segurança em saúde, sendo que essa estratégia tem que ter garantias de sustentabilidade a longo prazo. E também nos diz que essa estraté-

gia tem que ser adequado regional e localmente. Ora, foi neste sentido que foi criada a estratégia nacional para a qualidade na saúde, por despacho da Senhora Ministra, no final de Junho, estratégia esta que tem como missão promover a melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, e tem como destinatários o verdadeiro proprietário do Serviço Nacional de Saúde, que é o cidadão e o seu principal utilizador, e o profissional de saúde como responsável por um trabalho que tem que ter elevada qualidade técnica, ser seguro e ser altamente qualificado. As prioridades estratégicas da estratégia nacional para a qualidade na saúde são, assim, a qualidade clínica e organizacional, a informação transparente ao cidadão, a segurança do doente, a gestão integrada da doença e a inovação, a gestão da mobilidade internacional do doente, a avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e a qualificação e acreditação das unidades de saúde. E há várias acções que já estamos a desenvolver, não vou enumerar todas por uma questão de tempo, mas temos a obrigação de divulgar normas de orientação clínica e organizacional, de implementar um sistema nacional de indicadores da qualidade que permita monitorizar a qualidade nos três níveis de prestação de cuidados, criar um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, etc. Poderão consultar a estratégia, que tem descritas todas as acções programadas.

Ora bom, por proposta da Direcção-Geral de Saúde, a Senhora Ministra definiu, no final de Agosto, a adopção de um modelo de acreditação pelo Ministério da Saúde. Trata-se do que será o modelo oficial e nacional de acreditação do sistema público e que resulta da adaptação do modelo de acreditação da Agência da Qualidade Sanitária de Andaluzia. Este modelo dá garantias de sustentabilidade financeira, e isto é um aspecto extraordinariamente importante, vital, que permite a acreditação de todos os serviços de saúde, do Serviço Nacional de Saúde. Este modelo, no entanto, pode e deve coexistir com outros modelos já em curso e adoptados pelas instituições de saúde, sendo que as instituições privadas poderão, obviamente, adoptar o modelo que mais lhes convier. Esta estratégia tem um prazo de implementação de dez anos, sendo que os cinco primeiros anos são para implementar e os últimos cinco anos para consolidar. O Departamento da Qualidade na Saúde é acompanhado e aconselhado na implementação da estratégia por um Conselho para a Qualidade na Saúde, que foi criado também em Junho e do qual estão aqui dois representantes, o presidente Dr. Luis Campos e o Professor Vaz Carneiro, os quais, com os restantes conselheiros, têm suportado cientificamente o trabalho do Departamento. Muito obrigado.

PAINEL

RUI CRUZ FERREIRA

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A Qualidade em Medicina Cardiovascular é um tema de grande actualidade e importância pelo que a sua selecção para integrar este 3º Forum de Saúde merece ser enaltecida, felicitando por isso a Srª Alta Comissária da Saúde, Profª Maria do Céu Machado pela escolha do programa.

Numa tentativa de estruturação do tema, é clássico considerar dois níveis de qualidade: qualidade da estrutura, incluindo a eficiente distribuição de recursos, com cobertura nacional em meios técnicos e humanos; e a qualidade do processo, traduzida no cumprimento de normas e directrizes reconhecidas ou analisada mediante a satisfação dos utilizadores do sistema, sejam eles os profissionais ou os utentes.

Uma das atribuições da Coordenação Nacional é naturalmente promover a qualidade em Medicina Cardiovascular mediante a adopção de uma estratégia concebida em colaboração com as restantes entidades

envolvidas. Nesta estratégia devem ser contemplados os seguintes aspectos centrais:

a) Existência de sistemas de informação fiáveis, que permitam conhecer a realidade e monitorizar as intervenções planeadas;

b) Definição de indicadores de qualidade consensuais e auditáveis

c) "Benchmarking", publicação regular de resultados e respectivo reflexo na contratualização com impacto financeiro para privilegiar e incentivar as boas práticas;

A qualidade em medicina cardiovascular classicamente é reflectida e é avaliada pelos resultados ("outcomes"), existindo um vasto conjunto de parâmetros internacionais bem estabelecidos e bem validados, que podem ser utilizados como indicadores integrantes dos sistemas de informação de registo. Esta área apresenta lacunas evidentes na realidade portuguesa de que resulta informação escassa, não integrada e de reduzida fiabilidade. Consideramos prioritária a intervenção a este nível de forma a evitar incorrecções e enviesamentos.

Um exemplo concreto e paradigmático desta situação foi apontado nesta sessão quando se afirmou que a taxa de incidência de mortalidade na realização de angioplastia coronária percutânea nos centros portugueses era cerca de 4 vezes superior á media europeia. Os dados em que esta afirmação se baseia são parcelares e não incluem os maiores centros nacionais, pelo que não são generalizáveis.

Este exemplo levanta também outras questões muito sensíveis: a primeira delas é a forte dependência da qualidade dos resultados assistenciais cardiovasculares da existência de um adequado volume de casos. Este conceito implicando uma lógica de concentração de centros, colide directamente com as lógicas de privilégio da proximidade geográfica de assistência, levando a que sejam tomadas decisões de grande controvérsia. Noutra perspectiva, a inquestionável necessidade de transparência da informação pode desencadear respostas defensivas indesejáveis.

Um bom exemplo desta última situação é fornecido pela acesa discussão provocada peal publicação compulsiva de resultados de procedimentos no estado norte americano de Nova Iorque "New York State Registry": uma das consequências colaterais foi a prática de selecção negativa com desvio sistemático dos piores casos.

Para finalizar gostaria de realçar que uma estratégia de promoção da qualidade para ser eficaz e consequente deve implicar que os indicadores, obtidos de forma fiável e consensua,l tenham um reflexo directo em termos de contratualização e de financiamento, premiando a boa prática e o desempenho. São infelizmente conhecidos, os exemplos que vão exactamente no sentido contrário, pelo que consideramos que a nossa obrigação é, a partir deste caminho, avançar neste sentido.

Obrigado pela vossa atenção.

PAINEL

ARTUR VAZ

ADMINISTRADOR HOSPITALAR, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE

As principais questões associadas à qualidade em saúde são, por natureza, complexas e situam-se em três dimensões dominantes:

1. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Nesta matéria, importa reter os seguintes aspectos essenciais:

a) Os Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) devem ser transversais (abrangendo sector público, privado e social) e existir (desenvolvimento, implementação, opera-

ção e controlo) aos diversos níveis – i) institucional; ii) local; iii) regional; iv) nacional (para todo o sistema de saúde);

b) Deve existir liberdade institucional absoluta relativamente aos modelos de SGQ a adoptar em cada caso ou sub-sector em concreto;

c) Todos os modelos devem abranger a qualidade clínica ou técnica, a qualidade corporativa ou organizacional, a responsabilidade social e a responsabilidade ambiental;

d) É essencial desenvolver as capacidades de governação clínica e de governação corporativa, designadamente ao nível dos serviços públicos de saúde;

e) Os SGQ devem, ainda, promover o desenvolvimento e controlo de qualidade das interfaces entre serviços complementares, de forma a garantirem uma visão do continuum de cuidados e o reforço da cooperação estruturada entre serviços e sub-sectores;

2. SISTEMAS DE CERTIFICAÇÃO OU ACREDITAÇÃO

Os Sistemas de Certificação ou Acreditação (SCA) são importantes instrumentos de avaliação e controlo dos in-puts e processos de produção e fornecimento de cuidados de saúde. Sobre este tema, ressalto os seguintes pontos:

a) Os SCA devem ser completamente autónomos e independentes de quem utiliza os seus serviços e/ou resultados não devendo, por exemplo e como acontece em Portugal, estar integrados em serviços públicos;

b) Às entidades tutelares deverá estar reservado o poder de determinar quais os SCA que são considerados idóneos, devendo haver liberdade institucional absoluta relativamente aos SCA a utilizar em cada caso ou subsector em concreto;

c) A obtenção de uma Certificação e/ou Acreditação idónea deve ter repercussões ao nível do exercício das funções institucionais e como critério de contratação de serviços pelo sector público;

d) Os SCA devem ser desenvolvidos no sentido de adquirirem a capacidade para certificar e/ou acreditar sistemas mais complexos do que os meramente institucionais (ULS, por exemplo) ou sistemas locais de interface e articulação/colaboração entre serviços distintos.

3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

a) A avaliação em concreto da qualidade dos serviços e cuidados de saúde deverá gradualmente concentrar-se no acompanhamento de indicadores directos ou proxis dos seus resultados, reconhecendo-se, embora, a extrema dificuldade quer da definição de tais indicadores quer da sua colheita e tratamento. Todavia, é possível definir objectivos e indicadores de resultado a nível institucional, local, regional e nacional, designadamente no âmbito de programas verticais;

b) A consideração da experiência e da voz dos "clientes" é uma dimensão essencial da avaliação da qualidade em saúde, devendo ser criados canais de recolha e tratamento dessa informação.

PAINEL

INÊS GUERREIRO

COORDENADORA DA UMCCI

Boa tarde a todos.

Quero cumprimentar os meus ilustres colegas de painel e abordar imediatamente a estratégia de qualidade, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Tivemos a felicidade de nascer como rede de cuidados continuados integrados em 2006 e de, ao mesmo tempo e paralelamente, desenvolver uma estratégia de qualidade. Ao fim destes três anos, podemos fazer uma comparação, com a prática internacional, expressa por exemplo, no European Silver Paper on the Future of Age-related Diseases, de Setembro de 2008, em que nos revemos e que preconiza o desenvolvimento de uma gama completa de serviços de alta qualidade que inclui internamento, ambulatório, apoio domiciliário; tudo isto está presente na rede que temos vindo a desenvolver, com excepção, ainda, do ambulatório.

HEALTH SYSTEMS AND LONG-TERM CARE FOR OLDER PEOPLE IN EUROPE

Modelling the Interfaces and links between prevention, rehabilitation, quality of services and Informal care 2008-2011

European Centre for Social Welfare Policy and Research

Projecto - Modelo Europeu de "estado da arte" para analisar a provisão de Cuidados Continuados

O aumento de necessidade de LTC necessita de abordagens holísticas e inclusivas que integrem o papel de diferentes programas públicos, sectores da sociedade e iniciativas privadas ✓

Embora exista investigação a respeito de determinados aspectos de serviços de saúde e sociais, os conceitos indicadores, e modelos para comparação internacional e para a identificação de boas práticas entre os diferentes países, está ainda na infância.

Esta situação é particularmente importante no que diz respeito à prevenção e reabilitação em LTC, a qualidade de serviços, a monitorização de governação e financeira, e ao papel específico dos cuidados informais.

Estratégia de Qualidade RNCCI;
I.P.O.P. - Orçamentação por programas

EUROPEAN CENTRE · EUROPÄISCHES ZENTRUM · CENTRE EUROPÉEN

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

EUROPEAN SILVER PAPER ON THE FUTURE OF AGE RELATED DISEASE

Setembro de 2008

Deve ser desenvolvida gama completa de serviços de alta qualidade, que inclui: ✓
- *Cuidados de Internamento e ambulatório*
- *Apoio domiciliário*
- *com sustentabilidade financiar e acessíveis para todos os que deles necessitam.*

Avaliação, para determinar necessidade de cuidades de forma a possibilitar recuperação que permita viver em ambiente de menor complexidade

Esta avaliação de necessidades deve dar lugar a investigação, tratamento e suporte, usando um modelo bio-psico-socio-espiritual I.A.I.

Deve ser implementado um sistema de garantia de qualidade de cuidados em LTC para proteger de descriminação e má prática. *Estratégia de Qualidade da RNCCI*

Os cuidadores informais devem ter suporte

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

A avaliação da necessidade de cuidados é determinante, na recuperação e reabilitação que permita ao utente viver em ambiente de menor complexidade. Esta avaliação de necessidades deve estimular a investigação, tratamento e suporte,usando um único instrumento de avaliação integrado, com as vertentes bio-psico-socio-espiritual. Deve ser implementado um sistema de garantia de qualidade de cuidados, long term care, cuidados continuados, para proteger de discriminação e má prática e daí a nossa estratégia de rede de qualidade, sujeita a avaliação contínua, consubstanciada na determinação de indicadores pré definidos e auditorias externas

E os cuidadores informais devem ter suporte. Comparando também com aquilo que a Europa preconiza para o sistema de saúde e de cuidados de longa duração para idosos, é preciso modelar os interfaces e as articulações que integram aspectos como a prevenção, a reabilitação, a qualidade dos serviços e os cuidados informais, nestes cuidados continuados.

Qual o estado da arte, neste momento, na Europa, que permita comparação com a situação, que verificamos na rede? O aumento de necessidades de cuidados continuados, neste caso, cuidados de longa duração – é o termo escolhido na União Europeia -, impõe abordagens holísticas, inclusivas, que integrem o papel de diferentes programas públicos, sectores da sociedade e iniciativas privadas.

Desde o início que a rede trabalha com todos os prestadores, incluindo o SNS, com iguais condições, com contratos e preços exactamente iguais, objectivos em resultados, exigências de monitorização e registo exactamente iguais. Embora exista investigação a respeito de determinados aspectos de serviços de saúde e sociais, os conceitos, indicadores e modelos para comparação internacional e para identificação de boas práticas entre os diferentes países, está ainda na infância. Portanto, nós estamos a tactear ainda, nestes três anos, na consensualização dos indicadores de qualidade.

Temos muitos indicadores, mas estamos ainda na fase de identificação de quais, para além dos consensual e internacionalmente aceites, se justifica adoptar.. Para além da estratégia da qualidade da rede, que vos vou apresentar, fomos seleccionados pelo Ministério das Finanças como projecto-piloto do Ministério da Saúde para orçamentação, por programas de orçamento de Estado. Só há três projectos-piloto no governo: um deles, e o do Ministério da Saúde, é o da Rede.

Os indicadores estratégicos para a Rede de Cuidados Continuados como projecto-piloto para o MF são

R.N.C.C.I - INOVAÇÃO

Performance Budgeting

G.T.I.P.O.P. - Grupo de Trabalho para a Implementação Piloto da Orçamentação por Programas

Ministério das Finanças

Identificada como um dos três projectos-piloto para Orçamentação por Programas, para o Orçamento de Estado de 2009

Indicadores Estratégicos
- Aumentar o grau de autonomia
- N.º de utentes referenciados face aos potenciais da RNCCI

Acção A1
Referenciação tecniamente adequada na RNCCI

Acção A2
Prestação dos cuidados continuados integrados e qualidade das unidades prestadoras

Acção A3
Expansão e gestão da RNCCI

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

R.N.C.C.I - Estratégia de qualidade

Assegurada pelo cumprimento de objectivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a ***prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos***

Processos-chave

- acesso à Rede - incluindo o circuito de referenciação de utentes
- prestação de CCI nas unidades e equipas - Impacto dos cuidados e serviços
- consolidação da Rede - planeamento, gestão e avaliação/ monitorização de recursos, competências e processos

Objectivos	Acções
Garantir a fluidez do fluxo de referenciação	Definição de standards minimos
Garantir o cumprimento dos critérios de referenciação	Divulgação dos standards
Garantir o registo das etapas do circuito de referenciação	Formação
Adequação aos cuidados, traduzida em resultados	Acompanhamento
Garantir o cumprimento clausulados contratuais	Auditorias organizacionais
	Auditorias dos processos individuais
	Medidas correctivas
	Auditorias para verificação
	Monitorização continua

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

"aumentar o grau de autonomia" e o "número de doentes referenciados face aos potenciais utentes da rede". Portanto, estes são os indicadores estratégicos, monitorizados trimestralmente, para o Ministério das Finanças, com a devida adequabilidade financeira, assim como as acções.

Estratégia da qualidade na RNCCI

"Dimensions and aspects of quality in long-term care"

AUDITORIAS	MONITORIZAÇÃO
Qualidade - Estrutura	**Qualidade - Outcomes**
Qualidade e Segurança Instalações	Prevalência úlceras pressão
Ambiente	Prevalência quedas
Tamanho dos Quartos	Prevalência declinio de funcionalidades
Rácios pessoal e mix de qualificações	Mau controlo dor
Qualidade - Processo	"Medidas de Contenção"
Mecanismos protecção direitos utentes	Infecção
Transferências e altas com funcionamento adequado	Prevalência incontinência
Procedimentos para plano de cuidados	
Disponibilidade serviços para manter o + alto nível funcionalidade	
Disponibilidade de pessoal qualificado adequado ao tempo	
Dieta equilibrada	
Disponibilidade de reabilitação	
Registos clínicos e processo de cuidados documentados	

European Comission

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

Para a estratégia da rede, definimos processos-chave, que são o acesso,– a rede garante acesso universal e este tem que estar evidenciado no circuito de referenciação de utentes, em todas as tipologias, na mobilidade na rede, na admissão e na alta.

A prestação de cuidados nas unidades e nas equipas, tem que ser traduzido nos ganhos que isso permite aos utentes com medição do seu impacto. .

A consolidação da rede, através de um planeamento adequado, equitativo, distribuído racionalmente de acordo com as necessidades territoriais; a gestão e a avaliação; a monitorização de recursos, as competências dos profissionais e os processos são áreas submetidas a monitorização contínua.

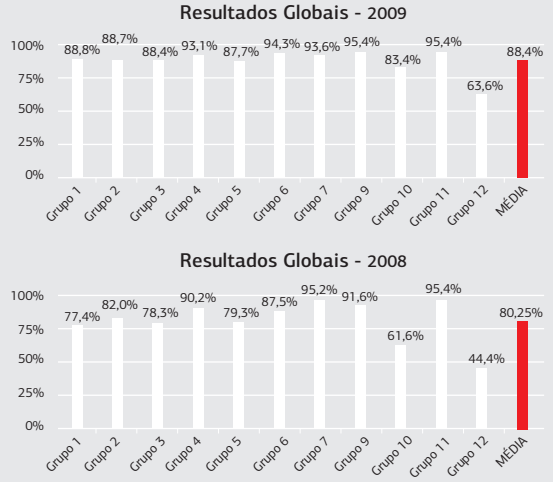
Definimos objectivos para cumprir aquilo que nos propomos e que é a grande missão dos cuidados continuados e acções para poder dar suporte aos processos e à prestação de cuidados.

Comparando com aquilo que a União Europeia estabeleceu, quanto às principais dimensões de qualidade em long term care julgamos que os nossos conceitos são adequados. No que respeita à estrutura,, definimos requisitos mínimos obrigatórios para todas as unidades de cuidados continuados, incluindo o ambiente, o design, a funcionalidade, a distribuição das áreas, etc. que, neste

momento até, é alvo de um processo de financiamento a fundo perdido para todos os que se queiram candidatar a adaptações ou a construções de raiz . A nível do processo, também as dimensões aqui definidas, aproximam-se muito das por nós definidas, nomeadamente, a nível da prestação dos cuidados tendo por base a avaliação das necessidades individuais, e monitorizamos avaliamos permanentemente os resultados. Um dos instrumentos de avaliação da qualidade, é o acompanhamento sistemático das unidades, feito pelas próprias equipas internas da rede, - as equipas de coordenação local -, que são equipas mistas de saúde e segurança social, sediadas nos cuidados de saúde primários, portanto, nos ACES, e compostas por um médico, um enfermeiro e um assistente social da segurança social. Através de uma grelha de avaliação, que integra todos os requisitos obrigatórios contidos nos contratos, analisa periodicamente aquilo que é o seu cumprimento dos requisitos.

Estratégia da Qualidade na RNCCI

Acompanhamento das Unidades da R.N.C.C.I. pelas ECL



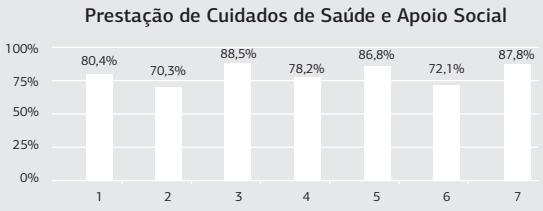
1. Processo de acolhimento
2. Acesso e continuidade de cuidados e serviços
3. Informação e comunicação com a/o utente
4. Direitos da/o utente e promoção da autonomia
5. Recursos Humanos
6. Cuidados e serviços à/ao utente
7. Segurança, instalações, equipamentos e dispositivos
8. Controlo de infecção e gestão de resíduos
9. Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos
10. Gestão do processo de cuidados e da informação
11. Avaliação da satisfação e dos resultados

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

Podemos analisar que de 2008 para 2009 houve, um aumento de 80% para 88% (barra vermelha), sendo que o ponto 9 e o ponto 11 foram aqueles que sofreram uma melhoria mais acentuada, que é o registo de acidente, ou incidentes, acontecimentos perigosos e a avaliação da satisfação e dos resultados.

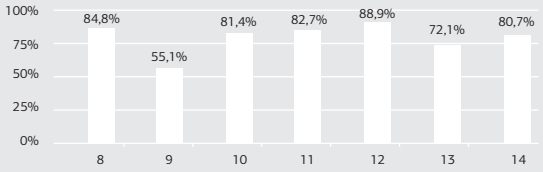
Estratégia da Qualidade na RNCCI

Auditorias de Estrutura e Processo das Unidades de Internamento da R.N.C.C.I



Prestação de Cuidados de Saúde e Apoio Social

1 Acesso e continuidade de cuidados e serviços
2 Plano individual de intervenção
3 Gestão do processo de cuidados da informação
4 Informação e comunicação com a/o utente e/ou cuidados informais/familiares
5 Direitos da/o utente e promoção da autonomia
6 Cuidados à/ao utente
7 Serviços à/ao utente



Organização e Funcionamento da Unidade

8 Organização
9 Garantia da Qualidade
10 Medicação
11 Recursos Humanos
12 Instalações e equipamentos
13 Segurança das instalações
14 Controlo de infecção e gestão de resíduos

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

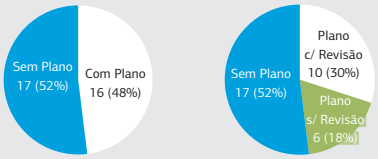
Ainda como instrumento de monitorização da estratégia de qualidade, temos auditorias externas, de estrutura e processo das unidades e internamento da rede.

Até Fevereiro de 2010, foram realizadas 238 auditorias externas, com 17 equipas compostas por 50 profissionais, médicos, enfermeiros e assistente sociais, com formação adequada, que monitorizaram, auditaram todas as dimensões aqui referidas. Quero chamar à atenção para o ponto número 9 que é o da garantia da qualidade nas instituições e que é aquele que precisa de maior investimento. Queria -vos dizer que ainda não são evidentes uma política de qualidade e padrões de qualidade nas instituições, mas tal também não é alarmante, porque a média de existência das instituições é de 15 a 18 meses. É impossível que pudesse já haver perfeitamente, consolidada uma política de qualidade e padrões de qualidade nas instituições. Mas, estamos atentos e estamos a monitorizar e a tentar melhorar.

Estratégia da Qualidade na RNCCI

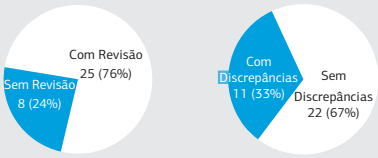
Auditorias de âmbito clínico

Plano Individual de Intervenção (PII)

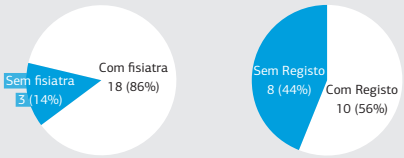


Revisão da terapêutica farmacológica

Discrepâncias entre a prescrição e a dispensa da medicação



Fisiatria



Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

Fazemos também auditorias clínicas a nível do Plano de Intervenção de Cuidados, a nível da terapêutica farmacológica e a nível dos cuidados de fisiatria, dado que um dos grandes objectivos da Rede é a reabilitação e a promoção da autonomia. A nível da qualidade de resultados, usamos os indicadores preconizados pela Joint Comission para a acreditação nos cuidados continuados que são a prevalência de úlceras de pressão, quedas, funcionalidade, controlo da dor e incontinência.

Estratégia da qualidade na RNCCI

"Dimensions and aspects of quality in long-term care"

Qualidade - Outcomes	2008	2009	
Prevalência úlceras pressão	22%	19%	
Prevalência quedas	37%	27%	
Funcionalidade		gráfico	
Controlo da dor	-	tabela	
"Medidas de Contenção"– Físicas	-	3%	
			ALTA
Controlo de esfíncteres – fecal	admissão	35%	-6%
Controlo de esfíncteres – urinário		37%	-7%

Do total de úlceras de pressão, estão incluídas as que existiam na admissão

7% dos utentes admitidos

European Comission

The Joint Commission Accreditation Long Term Care

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

Queria-vos dizer que os nossos resultados de úlceras e quedas são inferiores ao da média internacional, à excepção de França e da Bélgica, que são equivalentes aos nossos. E também que ao nível da incontinência, os nossos resultados e melhoria são muito poucos dada a idade das pessoas com quem lidamos: 42% das pessoas assistidas na Rede têm mais de 80 anos. Quanto à avaliação da dor, queria sobretudo chamar a atenção para a enorme adesão dos profissionais no registo sistemático da monitorização da dor nas unidades.

Estratégia da qualidade na RNCCI

Avaliação e controlo da Dor

Avaliação da DOR	U.C Variação	U.M.D.R. Variação	U.L.D.M. Variação	U.C.P. Variação	E.C.C.I. Variação
SEM DOR	26%	50%	8%	17%	10%
1	8%	-40%	-2%	14%	-7%
2	-21%	-8%	-5%	-3%	8%
3	-40%	5%	-6%	-8%	-8%
4	-32%	6%	-14%	-5%	-25%
5	-50%	-8%	-14%	-13%	0%
TOTAL C/ DOR	-17%	-22%	-5%	-4%	-4%

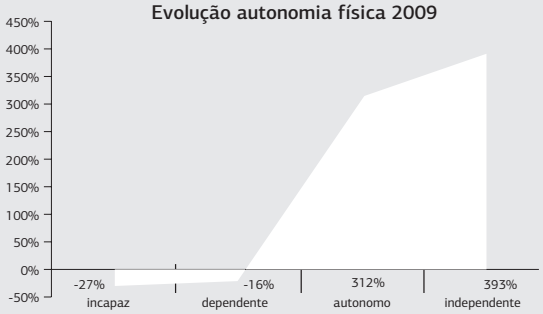
Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

A evolução da autonomia física é evidente.

Numa amostra de 5.784 utentes verifica-se que, globalmente, existe diminuição de incapazes e dependentes, com aumento de autónomos e independentes.

Avaliação da Qualidade das Unidades de internamento da RNCCI

Evolução da Autonomia



Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

Assim os resultados obtidos mostram uma diminuição de 27% de incapazes, de 16% dependentes, aumento de 312% de autónomos e um aumento de independentes de 393%. Os dados elucidam de forma clara a diminuição de incapacidade e dependência a par com melhoria de

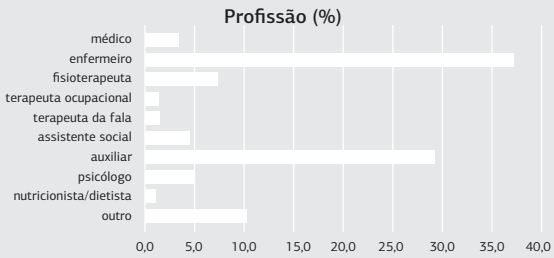
autonomia e independência, assegurando assim o cumprimento do objectivo da RNCCI. Mas estes resultados são obtidos numa população de utentes, que na admissão 43% eram incapazes e 52% dependentes, representando juntos 94% do total, quando em 2008 representavam 87% sendo que os resultados, podem verificar-se, são, de facto, muito bons.

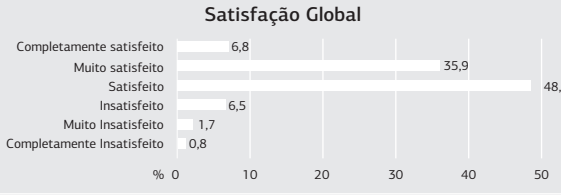
Finalmente, na estratégia da qualidade, fazemos inquéritos de satisfação aos profissionais e aos utentes., O último inquérito de satisfação aos profissionais, foi em 2008, com resultados em 2009, e os resultados entre os "completamente satisfeito", "muito satisfeito" e "satisfeito" atinge os 91%, a nível dos profissionais.

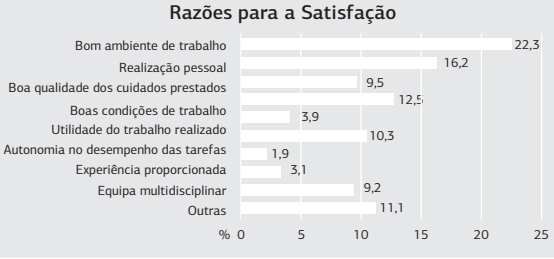
Estratégia da Qualidade na RNCCI

Inquérito de satisfação dos PROFISSIONAIS das unidades da RNCII

Colaboração com o ISCTE







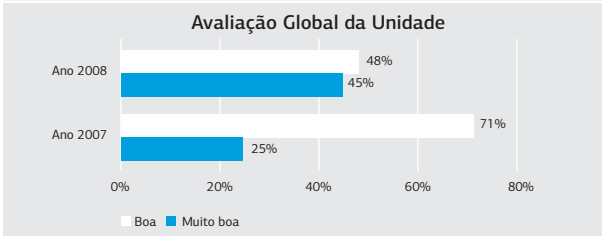
Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

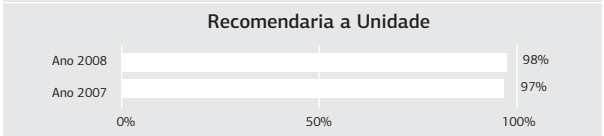
E que a nível dos utentes, entre o ano de 2007 e 2008, dado que o de 2009 vai só sair agora, aumentou os "muito satisfeito", de 25% para 45%, e entre os muito e os satisfeitos temos à volta dos 90% de satisfação na rede.

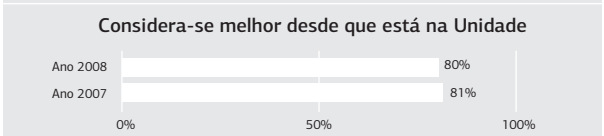
Estratégia da Qualidade na RNCCI

Inquérito de satisfação dos Utentes das unidades da RNCII

Colaboração com o ISCTE







Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

Muito obrigada pela vossa atenção.

PAINEL

AUGUSTA SOUSA

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Muito boa tarde a todos.

Com o conjunto das intervenções já aqui realizadas quase que deveria alterar o que procurei sistematizar para esta intervenção.

Contudo, apesar de introduzir aspectos que me suscitaram, o meu contributo, tendo por base a temática deste painel, vai no sentido de aprofundar a qualidade em saúde como um compromisso ético e um dever deontológico.

Porque é que situei desta maneira, um compromisso ético e um dever deontológico? Primeiro, e por isso também gostaria de afirmar aqui publicamente o meu agradecimento em nome pessoal e em nome da Ordem dos Enfermeiros, pelo convite que me foi dirigido para participar neste debate, dizia primeiro e sobretudo porque no que diz respeito ao compromisso ético, é algo que trespassa todo o Sistema de Saúde e todos aqueles que nele estão envolvidos e quando falo de um dever deontológico é que efectivamente se trata do que suporta a especificidade do mandato social de cada profissão de saúde, e que se encontra consagrado nos seus códigos deontológicos.

Em consequência , a questão da qualidade é algo que faz parte de um dever profissional ao qual nenhum de nós pode fugir, não deve fugir. E é por esta razão que entendi dever enquadrar a qualidade em sáude olhada por este prisma

Tentarei passar muito rapidamente, porque há muita coisa que já foi aqui abordada e, consequentemente não desenvolverei demasiado. Todavia, não poderei deixar de afirmar que quando se fala de qualidade em saúde é indiscutível que, tal como já foi dito, - os sistemas de saúde, os trabalhadores da saúde e os sistemas de qualidade são três eixos indissociáveis. É impossível pensarmos em qualidade em saúde se não tivermos em conta exactamente o sistema onde estamos inseridos. É impensável pensar-se que se pode definir politicas e linhas gerais de qualidade em saúde se efectivamente não houver algo que entronque nessa definição política, o olhar que decorre da responsabilidade intrínseca àqueles que prestam cuidados e que decorrente do olhar directamente com a pessoa, com aquela de quem cuidam.

É certo que no que diz respeito aos sistemas de qualidade, tal como dizia o Doutor Jorge Simões, também já no inicio, existem diferentes formas de a definir. Contudo também existem, dentro da mesma definição, diferentes formas de a entender. Daqui decorre um grande e primeiro desafio que deveremos colocar a cada um de nós como actores do sistema aos vários níveis. Devemos ser capazes de poder discutir, aprofundar e concluir.

O Doutor Luís Campos desafiou que o Plano Nacional de Saúde encarasse uma definição clara, inequívoca, penso ser imprescindível. Mas mais do que a definição escrita, é essencial, que seja dado o espaço necessário para a aferição do que é que se põe por trás dessa definição. A não concretização deste pressuposto aumenta o risco patente no que na leitura interpretativa que cada um empresta aquela definição seja suportada em conceitos e práticas que tem subjacentes.

Entendo que este é um desafio fundamental, no que diz respeito ao sistema da qualidade que se deve desenvolver e que o Plano Nacional de Saúde de 2011-2016, tal como anunciou a Senhora Alta Comissária esta manhã, inclui como o eixo estruturante. Também o entendo como correcto e necessário, mas apelo a que esta etapa seja tida em conta.

Todos sabemos e conhecemos as várias definições de qualidade em saúde, por isso mais do que falar da sua definição, dos ingredientes que a suporta, no que diz respeito ao sistema, aos níveis, etc, é essencial que se proceda à identificação real e objectiva daquilo que se passa nos contextos, onde acontecem os cuidados, onde a qualidade trespassa o quotidiano das nossas organizações.

Não podemos ignorar que já hoje no nosso contexto, existem várias formas que medem a promoção da qualidade em saúde. Desde a regulamentação das condições da qualidade, nomeadamente no que diz respeito à definição de normas, a auto-regulação no que os profissionais se põem de acordo como aspectos essenciais a desenvolver para a garantia da eficiência e da eficácia dos cuidados que prestam; das concorrências versus os sistemas de incentivos. Seria necessário que nesta fase de construção do Plano Nacional de Saúde pudesse haver o mínimo de balanço das experiências realizadas nestas várias formas de medição porque, seguramente, não há uma única, que em si mesma, reúna as necessidades de encontrar os indicadores correctos. Creio que uma avaliação e um balanço destas três formas de medição através de um debate com os vários interlocutores permitiriam perspectivar um desenvolvimento melhor para o futuro.

É claro que o que eu acabei de dizer obriga-nos e conduz-nos inevitavelmente a termos a percepção de que a qualidade em saúde é indiscutivelmente uma responsabilidade multiprofissional. Não é possível falar em qualidade em saúde, dizendo que ela depende mais de uns do que de outros. A qualidade em saúde, é indiscutívelmente uma responsabilidade multiprofissional. Mas mais, é uma responsabilidade de aplicação local. O que nos envia obrigatoriamente para aquilo que é o funcio-

namento das equipas, para aquilo que é a noção dos cuidados de saúde e a sua organização, razão pela qual reforço: é necessário aprofundar os conceitos que lhe estão subjacentes.

Vou passar muito rapidamente, ao que diz respeito a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Nós temos consagrado no nosso trabalho uma prioridade à questão da qualidade, faz parte dos desígnios fundamentais da Ordem. Na sua concretização a Ordem tem vindo a desenvolver um projecto, que está a passar a programa, que é o Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Os padrões assentes no quadro conceptual dos cuidados de enfermagem e regulamentar que suporta o exercício profissional dos enfermeiros conduziu à elaboração dos seus enunciados descritivos e consequentes indicadores.

O desenvolvimento desta estratégia tem proporcionado a reflexão sobre os cuidados prestados pelo enfermeiro, com situações do quotidiano no contexto da acção, orienta a tomada de decisão, gera indicadores que permitem identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, implica uma responsabilidade acrescida das próprias organizações de saúde e de instituições prestadoras de cuidados.

Por esta via decorre uma abordagem de valor acrescido quando falamos de dotações seguras, para garantir a segurança dos cuidados que suportam seguramente mais e melhor qualidade dos cuidados.

É por isso que a qualidade em saúde é um compromisso ético dos decisores políticos, dos gestores e dos profissionais e destes, um dever deontológico, na especificidade dos mandatos sociais de cada profissão. Muito obrigada.

DEBATE

MANUEL TEIXEIRA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE

Cumprimentar os meus colegas de mesa e saudar-vos a todos.

Deixem-me primeiro dizer que penso que assistimos a um conjunto muito interessante de apresentações, analisando as várias vertentes que a qualidade em saúde implica.

Penso no entanto que a qualidade é um daqueles conceitos que denomino "buraco negro", porque pela sua potência e vastidão, tendem a atrair e absorver a totalidade dos conceitos adjacentes, tendem a ser totalitários. A ciência raramente trabalha com conceitos totalitários. O que significa que, na prática, de cada vez que queremos tornar operável ou operacionalizar componentes deste conceito, temos que fazer foco.

Assim na qualidade aquilo que é, portanto, intrinsecamente necessário, é o foco. Sem foco aquilo que aparece é um conjunto que tende a ser ilimitado, de medidas, de perspectivas, de acções. Nesta perspectiva penso que em Portugal nós temos pecado porque o conceito, de facto, tem retido um conjunto de tal maneira vasto de valências (normativas e positivas), que a operacionalização tende a ser impossível.

Centrando-me agora nas questões suscitadas pelo Doutor Nicolau Santos. A questão sobre os incentivos é de facto importante. Será que não devíamos dar um prémio à instituição que gere com qualidade? Será que não deviam existir incentivos aos profissionais para actuarem de acordo com padrões de qualidade? A minha resposta é tendencialmente sim, obviamente que sim.

Sou daqueles que pensam, só para dar um exemplo, que o financiamento das instituições do Serviço Nacional de Saúde necessita de um foco adicional em indicadores que traduzam exactamente o atingir de metas que poderemos associar ao conceito de qualidade em saúde. Claro que esses indicadores não podem ser muitos, têm que ser

simples, e incorporar dados fornecidos pelos sistemas de informação. Ou seja, defendo que devem existir incentivos no modelo de financiamento que premeiem a qualidade em saúde, no respeito pela restrição de recursos do Sistema.

É habitualmente esta dialéctica, se me permitem o termo, esta tensão entre atingir determinados objectivos e cumprir boas práticas e depois o prémio, o incentivo, no respeito pela restrição de recursos existentes, que tem falhado. Penso que muitas vezes a discussão sobre a qualidade em saúde não tem em conta a restrição de recursos do Sistema. Ainda que saiba que o conceito no seu estado puro incorpora também esta dimensão, incorpora a dimensão da atenção aos recursos existentes, à sustentabilidade financeira, porque afinal sem sustentabilidade os sistemas não são viáveis a prazo.

DEBATE

JOÃO SÁ

HOSPITAL DA LUZ

Muito boa tarde.

Os meus cumprimentos a todos.

Foi-me formulada uma pergunta complexa que suscita uma resposta muito difícil.

Efectivamente, faz sentido aumentar, estimular de facto financeiramente a qualidade e a prestação de cuidados de saúde de boa qualidade. Tal é um instrumento, uma ferramenta, empregue por muitas gestões para se incrementar aquilo que em linguagem de gestão se designa de produção, utilizando convenientemente os recursos e evitando que as capacidades não sejam utilizadas, coisa que se verifica em muitas instituições.

Mas existem perigos. Muitas vezes costuma afirmar-se que há um conflito ou pode haver uma tensão grave entre qualidade e quantidade. É um problema sempre presente nunca solucionado e a vertigem de tentar fazer muito e mal é uma realidade. E portanto é necessário definir limites. Há que de facto que incentivar, há que

incentivar financeiramente, mas com algumas regras e alguns cuidados. Mas eu queria dizer que os incentivos financeiros talvez não sejam os principais. Eu gostaria, ou provavelmente os meus colegas que estão comigo na equipa, gostariam de ser incentivados em termos científicos, em termos de equipamentos, em termos de possibilidade de fazer estágios em instituições de referência, por exemplo. Estes são incentivos fundamentais que podem premiar um bom desempenho assistencial.

DEBATE

JOSÉ LUIS BISCAIA

USF S. JULIÃO

Boa tarde a todos.

Penso que não existe nenhum conflito entre os diferentes "olhares" sobre a qualidade na saúde. A qualidade em saúde tem sempre diversas dimensões que são complementares entre si, sendo natural que por exemplo os cidadãos valorizem mais a acessibilidade, os gestores a produtividade e a eficiência, os prestadores a efectividade e adequação técnico científica, etc.

Mas a ideia chave é que seja qual for a organização (hospital, serviço ou departamento, USF ou ACES). qualquer que seja o "olhar", quando falamos numa avaliação da qualidade do desempenho organizacional, tem que ser sempre multidimensional, ou seja, tem que contemplar o conjunto das suas diferentes dimensões: a acessibilidade, a efectividade, a eficiência, a continuidade, a gestão do risco (patient safety) e a própria equidade na oferta, no acesso e na forma como são prestados esses

cuidados de saúde. Então se tivermos uma matriz que é multidimensional, podemos dizer que aquele hospital, aquela unidade de saúde, tem um perfil de qualidade x ou y, com pontos fortes naquela ou naquelas dimensões, mais fraco naquela dimensão, e como consequência lógica isto deve ser premiado, não tanto só o resultado mas o que representa de trajecto, de caminho, da procura da melhoria continua. Nós estávamos aqui e o conceito essencial de uma estratégia de qualidade é dizer "eu hoje estou a fazer melhor do que estava a fazer ontem. Eu hoje corrigi um conjunto de erros". E se me permitem, há três ou quatro coisas que são ideias-chave que muito telegraficamente, gostava de realçar, e que têm a ver com a primeira intervenção, do nosso conferencista, e depois complementada com a do Artur Vaz.

Uma é termos outra vez definida uma estratégia de qualidade na saúde, como aconteceu em 1997, até 1999. E as questões do grande desafio que fica, para o Departamento da Qualidade ou para o Conselho Nacional da Qualidade é: como é que se garante quer a sua efectiva operacionalização, quer a sua sustentabilidade temporal. E portanto, a primeira questão é como é que se garante a inclusão (participação e responsabilização) dos diferentes actores sociais: as ordens, os parceiros políticos, a sociedade civil, para dizer: esta estratégia da qualidade, centrada em resultados em saúde, nós queremos.

A segunda questão é como se faz para que uma mudança no governo, uma mudança no titular da pasta da saude, normal em democracia, e uma "coisa" uma estratégia que parece tão consensual para todos, morre, desaparece.

Outro aspecto fundamental: como é que se faz a governação deste modelo? Há três ou quatro pontos sobre os quais importa reflectir. É importante identificar qual é a estrutura que vai ajudar as organizações a crescer na qualidade, que gere recursos, que dá informação, que diz onde é que há know-how da qualidade. E essa estrutura ainda não existe neste momento, não é bem o N.I.C.E. que o Doutor Pedro Nunes falava, tem outra finalidade: existe para ajudar as organizações a fazerem bem.

Outra questão essencial tem a ver com uma política de comunicação. A incorporação das expectativas dos cidadãos é fundamental. Mas há uma questão que tem que começar a ser posta em cima da mesa: qual é a sua expectativa? E fazer um inquérito de satisfação aos utilizadores da minha unidade de saúde familiar que tem um tempo de espera de cinco dias para uma consulta programada, ou uma outra unidade de saúde familiar que tem um mês, e que vinham de um patamar, a de um mês, de dois meses, a minha, de duas semanas, se o grau de satisfação for a mesma percentagem de muitos satisfeitos, 75% para todos, estamos no mesmo patamar de qualidade? Não estamos. E essa questão é importante, temos que começar a incorporar as expectativas do cidadão nesta questão.

A última questão sobre os indicadores, que são utilizados para medir estas dimensões da qualidade e aqui naturalmente teremos que para retomar a questão do financiamento. É importante criar um painel de indicadores de saúde, de resultados em saúde, que sejam adequados, baseados na evidência disponível, claros e aceites por todos. Nesse sentido penso que a intervenção da estratégia de qualidade com o Plano Nacional de Saúde é uma questão essencial para criar esses indicadores de saúde. Mas indicadores de saúde não são os indicadores de desempenho organizacional, e às vezes com esta coisa que nós temos dos anglicismos, do output e do outcome, é importante separar: o outcome é um resultado em saúde, o output é um resultado de uma organização. Então é importante ter um painel de controlo ("tableau de bord"), um conjunto de indicadores de saúde que monitorize a qualidade em saúde, monitorize o nosso crescimento na saúde, o nosso estado de saúde, mas ao mesmo tempo, ter um conjunto de indicadores bem identificados, de desempenho organizacional nas suas diferentes dimensões e não só como é habitual na dimensão da produtividade e da eficiência.

E aqui reencontramos a questão do financiamento, porque uma peça chave disto é a contratualização ou seja contratualizar resultados em saúde. Temos que assumir compromissos não só de processo, não só de fazer desta maneira, mas qual é o resultado que eu espero vir a ter.

E tem que ser claro que para este resultado que eu espero vir a ter, será necessário contratualizar também algum financiamento para a minha politica e estratégia de qualidade dentro da organização. E os incentivos no fundo são o reconhecimento, é o valor social, o valor acrescentado que é dado à minha unidade, ter melhores resultados de saúde do que tinha o ano passado. Muito mais do que a competição entre elas.

Mas isto da contratualização é todo um caminho, que felizmente tem vindo a ser feito mas que é longo

e exigente, quer conceptual como tecnicamente na sua operacionalização, pelo que não podemos desistir facilmente às primeiras dificuldades.

Peço desculpa por me ter alongado na resposta a uma pergunta aparentemente tão simples, mas penso que para que esta caminhada pela e com a qualidade seja um sucesso, é importante tentar sempre esta difícil conciliação entre a visão global estratégica e a acção local a sua efectiva realização.

Muito obrigado

ESTRATEGA

LUÍS PORTELA

HEALTH CLUSTER PORTUGAL

Boa tarde a todos, nomeadamente aos colegas de painel, e muito obrigado mais uma vez à Senhora Professora Maria do Céu Machado pelo amável convite para aqui estar. Foi-me pedido que fizesse uma pequena síntese do que foi dito, focando aquilo que eu acho essencial do ponto de vista prático, o que terá aplicação prática. E eu diria, em primeiro lugar, que parece claro que a qualidade tem que ser indiscutivelmente um grande eixo estratégico da Saúde. Tendo em conta o que aqui ouvimos, eu deixaria ainda três ou quatro sugestões de ordem prática e uma nota final.

Para implementar um sistema de qualidade no país era necessário haver uma instituição que assumisse o encargo ou a responsabilidade disso. E ela foi criada o ano passado, como todos ouvimos aqui. Chama-se Departamento da Qualidade na Saúde. O que é que eu sugiro em relação a isto? Por vezes, na área da Qualidade são criadas estruturas que se vão tornando pesadas e lentas. Ora eu penso que em Portugal seria desejável que tivéssemos (e eu não conheço a estrutura, portanto isto não é critica velada, de forma nenhuma), que tivéssemos uma estrutura leve, uma estrutura funcional, uma estrutura onde se vivesse o espírito simplex, desde o início.

Para implementar o sistema é necessário haver uma estratégia e ela foi definida, nós ouvimos aqui também, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e foram definidas 15 acções imediatas. Parece-me que esse é o caminho, não vamos aqui discutir se são as 15 que foram definidas ou não, mas o que me parece essencial é que elas sejam aplicadas na prática. Eu seleccionaria 3 ou 4 e diria: neste ano de 2010 há 3 ou 4 que têm que estar a funcionar entre os 95 e os 100%. Poderiam ser as normas de orientação clínica e organizacional, poderia ser o sistema de indicadores nacionais de qualidade, poderia ser a avaliação qualitativa das reclamações dos utentes. Enfim, seleccionar 3 ou 4 que se diga: estas são essenciais, são cruciais e estas não podemos falhar. E em 2011 de novo, outras 3 ou 4, que têm também que ficar a funcionar a 100%. Para por isso tudo a funcionar parece-me que vale a pena debater um sistema de incentivos, um sistema de prémios que incentive os melhores e esse prémio, como já foi muito bem dito aqui, não precisa de

ser pecuniário, não precisam de ser prémios financeiros, podem ser na área da formação, na área da melhoria de equipamentos, o que se quiser. Mas realmente parece-me que vale a pena ponderar como implementar com alguns cuidados, como também aqui foi dito, um sistema dessa ordem. E acho que vale a pena pensá-lo em relação às instituições, em relação aos departamentos e, até, em relação ao indivíduo, ao profissional de Saúde. Foi aqui também focada a nossa atenção de que os próximos anos serão anos de recursos escassos. Por vezes há a ideia de que a qualidade é uma coisa que precisa de mais recursos, é uma coisa para gente rica, é uma coisa que obriga a termos disponível...muita coisa. Essa não é a minha concepção e eu penso que se deve pensar a qualidade e procurar concretizar a qualidade com uma gestão rigorosa dos recursos, com uma gestão algo espartana, como é aquela que vai ser necessário ser desenvolvida em Portugal nos próximos anos. O que não quer dizer que nos vamos esquecer de desenvolver ou promover a cultura da avaliação, que me parece absolutamente necessária no âmbito da qualidade também.

Uma última sugestão antes da nota final: parece-me que estão identificadas, e foram aqui faladas, algumas situações no país que merecem uma atenção redobrada. E, só a título de exemplo, ouvimos aqui que 122 000 doentes estão em lista de espera. Ouvimos aqui que a mortalidade hospitalar duplica ao sábado e triplica ao domingo. São dois exemplos, eu penso que são situações em que o Ministério da Saúde devia focar a sua atenção e criar condições para, a título exemplar, as resolver. Foram feitas algumas tentativas no passado, às vezes melhor conseguidas, outras vezes menos bem conseguidas, mas penso que será essencial que situações deste tipo - para um bom nível de qualidade da Saúde em geral - sejam encarados de frente e sejam procuradas soluções à medida para, digamos, sem capacidade de falhar, se concretizar a resolução destas situações.

A minha nota final é inspirada numa observação do Dr. Nicolau Santos. Muitas vezes nós olhamos para a Saúde em Portugal de uma forma algo crítica. Eu acho que é uma pena que não nos habituemos a olhar para a Saúde como, nas palavras do Doutor Nicolau Santos, um caso de sucesso. Nós vimos hoje durante a manhã os bons indicadores de Saúde que o país apresenta, nós sabemos que o nosso Sistema Nacional de Saúde tem sido classificado como o 12º melhor do mundo e, infelizmente, não temos muitas áreas a este nível. Mas não temos vibrado com isso, não temos passado essa mensagem aos portugueses – nós da Saúde – e eu acho que devíamos passar. E aqui, eu acho que a qualidade é estratégica para isso porque vejam: nós estamos habituados a olhar a Saúde pelo lado da despesa, mas a Saúde também pode ser olhada pelo lado da receita. Aquilo que de bom e de muito bom se faz no país na área da Saúde pode ser explorado, e há empresas que estão a explorar. Há empresas que estão a informatizar farmácias na vizinha Espanha, há empresas que estão a informatizar hospitais no Reino Unido, no Brasil, nos Estados Unidos, empresas portuguesas com tecnologia e know-how português. Há uma empresa que faz síntese química-farmacêutica, que vende as suas matérias-primas para as grandes multinacionais em todo o mundo. Há uma empresa farmacêutica que está neste momento a comercializar no mercado global, medicamentos inovadores de origem portuguesa. Isto são exemplos de aproveitamento de uma realidade que é a Saúde. Eu deixava esta nota final: vale a pena, apostando na qualidade, ponderar como podemos tirar melhor partido daquilo que desenvolvemos, como podemos exportar algum know-how que temos, como podemos rentabilizar o que temos, de forma a podermos encontrar uma solução para o problema da sustentabilidade da Saúde, que me parece, no longo prazo, a grande questão que nós temos pela frente. Temos hoje um sistema que funciona francamente bem. Como manter os níveis de qualidade que ele tem e como manter a sua sustentabilidade. Por tudo isso, de novo, a qualidade é com certeza, um grande eixo estratégico. Muito obrigado.

3º
FORUM
NACIONAL
DE SAÚDE

CONFERÊNCIA: PARA UM FUTURO COM SAÚDE

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

HEALTH IN ALL POLICIES

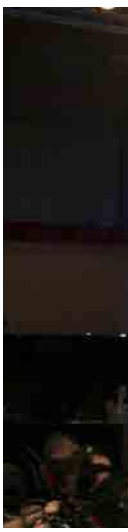
EQUIDADE E ACESSO ADEQUADO AOS CUIDADOS

PROMOÇÃO DA CIDADANIA

POLÍTICAS SAUDÁVEIS: SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS

QUALIDADE EM SAÚDE

CONFERÊNCIA: PARA UM FUTURO COM SAÚDE



CONFERÊNCIA

JORGE SAMPAIO

ENVIADO ESPECIAL DO SECRETÁRIO-GERAL DA ONU PARA A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE

Não podia estar, ser mais oportuno, isto aqui não é uma bomba, nem um coldre. É um holter, que eu estou cheio de fios e, portanto, não podia ter sido mais acertado vir todo armadilhado para este vosso encontro de hoje. Excelências, minhas senhoras e meus senhores, caros conferencistas e congressistas, eu aceitei, com muito prazer, o convite que me foi endereçado pela Senhora Alta Comissária para a Saúde, Senhora Professora Maria do Céu Machado, para participar no encerramento deste Fórum e, naturalmente, saúdo o Senhor Secretário de Estado, a Senhora Alta Comissária e o meu querido amigo Jorge Simões, com quem aprendi também bastante.

Em geral, os motivos de agenda, como estava anunciado que eu apareceria algures, mas afinal estou cá, os motivos de agenda são vistos como circunstâncias adversas que justificam ausências, em que ninguém naturalmente acredita. Mas nem sempre, pois uma alteração de última hora de calendário fez com que, afinal, me encontrasse em Lisboa no dia de hoje e, assim, em vez da mensagem gravada, aqui estou, solidariamente.

Um futuro com Saúde foi o tema central deste Fórum que serviu de fio condutor aos debates aqui travados. A encerrar este encontro vou partilhar, apenas partilhar convosco, algumas reflexões que tenho feito, não só na

minha qualidade de Enviado Especial das Nações Unidas na Luta contra a tuberculose mas também, naturalmente, atendendo à centralidade da questão da Saúde Pública na minha vida política. Centralidade porque a Saúde representa, em termos de realização de direitos humanos, como a condição mais básica da dignidade humana. Centralidade, também, porque a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, representa, em termos de progresso social e político, uma conquista, aliás, que devemos - e sobretudo à sua consolidação - à democracia e ao 25 de Abril. Centralidade, por fim, porque se nesta matéria temos um passado recente de que nos podemos orgulhar, ele não constitui, por si só, um garante de um futuro, nem com Saúde para mais, nem com melhor Saúde para todos. Este desafio não se coloca, porém, só a Portugal, nem ao grupo dos países desenvolvidos que integramos, antes é um desafio mundial que faz cada vez mais parte da agenda global. A sua perspectivação no longo prazo exige formas inovadoras de pensar e de agir e basicamente pressupõe que se pense no mundo em termos globais, para se poder agir apropriadamente em termos locais. É, pois, a partir desta dupla perspectiva - a global e de longo prazo, que vou enquadrar as três breves reflexões que quero partilhar hoje convosco. Não tanto a título de respostas para os problemas com que nos defrontamos, mas mais enquanto questões e hipóteses que importa formular para gerar um futuro com Saúde. Um político reformado não deixa de ser sempre um político.

Primeira questão: a bomba demográfica. Num artigo recente da revista Foreign Affairs, Jack Goldstone, na sequência de um conjunto de artigos publicados na The Economist, chamava a atenção para quatro alterações radicais que afectarão a população mundial nas próximas quatro décadas. A diminuição de cerca de 25% do peso demográfico relativo dos países desenvolvidos, o que acarretará uma transferência de poder económico para os países em desenvolvimento; um envelhecimento e um declínio da mão-de-obra disponível nos países desenvolvidos, o que condicionará o crescimento económico nesses países e levará à crescente procura de trabalhadores migrantes; a concentração do crescimento populacional nos países actualmente mais pobres, mais jovens, com uma população essencialmente muçulmana

e, em geral, caracterizados por um deficit de educação, capital e emprego. Quarto e último elemento, o facto de pela primeira vez na História, a maior parte da população mundial ser urbana, com as cidades mais densamente povoadas situadas precisamente nos países mais pobres do mundo. A combinação destas quatro tendências colocará os países europeus, mas também os E.U.A e o Canadá, perante um triplo desafio: primeiro, o da perda do seu dinamismo económico, com uma drástica diminuição do seu peso no PIB mundial. Segundo: o do envelhecimento substancial da sua população, com o concomitante aumento do número de reformados e diminuição do número de trabalhadores activos. Só na Europa as projecções estatísticas apontam para uma perda de 24% da população activa e um aumento de 47% da população com idade superior a 60 anos, em 2050. Terceiro desafio: o da explosão das despesas ligadas ao sector da Saúde e o seu impacto no sistema, por exemplo, das pensões e das contas públicas. Tal como com questões que se prendem com o ambiente e as alterações climáticas, quando se fala de Saúde Pública, importa desenvolver uma visão de longo prazo para enfrentar adequadamente os problemas do presente e, assim, antecipar os do futuro. Neste sentido, atrevo-me a dizer que no que respeita agora ao nosso Sistema de Saúde, na sua globalidade, português sim, mas também europeu, a principal preocupação se prende, hoje como amanhã, com a sua universalidade e, mais concretamente, com o efectivo acesso de todos os cidadãos aos cuidados de Saúde de que necessitam. Estaremos, porventura, a referirmo-nos a diferentes grupos de cidadãos, porque os menos fornecidos de amanhã são, porventura, os mais favorecidos de hoje. Estaremos, certamente, também a referirmo-nos a diferentes tipos e necessidades pois, no futuro, já não serão os cuidados materno-infantis, porventura, os mais prementes. Mas importará, de qualquer forma, antecipar, precisamente, o futuro e garantir a equidade do Sistema e velar por que dê respostas completas às expectativas sempre, sem dúvida, mais exigentes dos cidadãos.

A segunda questão: gerir a Saúde como bem público global. Afirmar que a Saúde é um bem público global parece hoje um truísmo, de tal maneira a comunicação social nos habituou a presenciar os dramas que atravessam a actualidade das grandes pandemias mundiais que são a SIDA, a tuberculose e a malária, às situações de emergência sanitária, tornando assim claro que a globalização e a mobilidade que caracterizam o nosso tempo tornaram a Saúde Pública uma variável externa ligada, com certeza, à segurança humana mas também às condições de desenvolvimento. Por tudo isto, as questões de Saúde Pública estão hoje, mais do que nunca, presentes na agenda global e a melhor prova da centralidade destas questões é, claramente, o facto de três dos oito objectivos do Desenvolvimento do Milénio lhes dizerem respeito. Nunca é demais lembrar que a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna e a luta contra as doenças infecciosas como a VIH/SIDA, a malária e a tuberculose correspondem, respectivamente, às ODNs 4, 5 e 6, tendo todos os Estados assumido o compromisso de os cumprir até 2015. Para além deste compromisso de carácter programático da comunidade internacional que se traduz, como sabemos, em vários programas e planos globais no domínio da Saúde, desenvolvidos sobretudo através da Organização Mundial de Saúde, devo ainda salientar o crescente envolvimento de um leque cada vez mais alargado de actores, sector privado e sociedade civil, que têm complementado a acção dos Estados, dos governos e das organizações internacionais, tradicionalmente detentores do monopólio da iniciativa em matéria de Saúde Pública, sob a forma de parcerias público privadas ou de iniciativas conjuntas sectoriais. Por que lembro este aspecto da questão neste momento? Por duas razões. Primeiro, porque sem uma abordagem de coordenação reforçada, pessoalmente não acredito que o desafio que a Saúde Pública nos coloca hoje no plano global, possa vir a ser ultrapassado e não conseguiremos sequer alcançar os objectivos do Desenvolvimento do Milénio, nem mesmo na Europa, pelo menos no que, por exemplo, respeita à tuberculose; a Europa, aliás, que é, de momento, a região mais bem colocada em termos estruturais e de recursos para o conseguir. A ilustrá-lo peguemos num exemplo que nos é familiar, o da falta de médicos. A Organização Mundial de Saúde aponta para um déficit mundial de mais de 4 milhões de profissionais da Saúde, tangível sobretudo nos países em desenvolvimento e, em especial, em África, embora saibamos que esse é também um problema partilhado por muitos países desenvolvidos tal como o Reino Unido ou Portugal fruto, pelo menos no nosso caso, de políticas erradas ou de omissões dela no passado, em relação ao planeamento da formação médica. Sabemos também que a maioria dos países industrializados tem resolvido esse problema recorrendo

à chamada importação de mão-de-obra. Mas a questão que quero colocar é esta: será possível fazer completa tábua rasa de quaisquer outras considerações; ignorar, por exemplo, que muitos dos profissionais de saúde provêm de países com graves carências em termos de recursos humanos qualificados? Renunciar a uma melhor repartição dos recursos e a uma certa regulação do mercado de trabalho, prevenindo assim o êxodo da mão-de-obra qualificada dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos. Eu quando digo isto, porque ficou na minha memória uma conversa que tive com a Senhora Ministra, então Senhora Ministra da Saúde do Malawi, que me dizia com um ar cândido, porque estávamos a discutir o Plano Nacional do Malawi para a luta contra a tuberculose, que tinha sido apresentado, e ela dizia-me "O que é que eu vou fazer? Tenho mais médicos do Malawi em Manchester do em todo o Malawi" e portanto, este é um problema complicado a que urge dar resposta. É por isso que a coloquei aqui hoje. Pessoalmente entendo e repito que só com mais coordenação e mais regulação é que poderemos alcançar melhores resultados, até porque os problemas que hoje estamos, muitas vezes, a criar no mundo em desenvolvimento, serão os mesmos com que nos iremos defrontar amanhã. Por isso, seria bom reforçar a nossa visão global desses mesmos problemas, para melhor os resolvermos no plano local. Em segundo lugar, há que preparar uma mudança de mentalidades e atitudes junto dos cidadãos dos países desenvolvidos. Para preparar o futuro importa começar a desactivar a bomba demográfica que mencionei no ponto anterior. É, com certeza, preciso fomentar um debate público que permita levar a cabo reformas criativas num vasto leque de políticas, não apenas as destinadas a aumentar o crescimento demográfico, as políticas de integração dos imigrantes, políticas de mobilidade acrescida que favoreça, porque não, o turismo de sanidade e o turismo médico, os quais exigem uma componente humana significativa e que, por conseguinte, poderão favorecer a criação de emprego nos países em desenvolvimento, e não apenas neles. Para dar um exemplo, há já hoje um número crescente de cidadãos dos países desenvolvidos que procuram tratamentos médicos menos honorosos e que praticam o que apelidei de turismo médico, desculpem a frase, designadamente na Índia, na Singapura e em Tailândia. Segundo um estudo da Deloitte, em 2008, houve cerca - e percebe-se bem porquê com os debates actuais - de 750 000 americanos que viajaram para o estrangeiro para tratamento médico. É impossível, por exemplo, não nos lembrarmos neste domínio das possibilidades do Algarve. Naturalmente, não estou com isto a preconizar o turismo médico como solução única (quem sou eu para isso). Estou apenas a ilustrar a necessidade de recorrer a um leque variado de medidas, para encontrar soluções para os inúmeros problemas com que nos deparamos na área da Saúde Pública, por forma a que o sistema global de Saúde possa ter uma capacidade de resposta sempre mais satisfatória, porque será sempre exigível nesse sentido. Para dar um outro exemplo de utilização das tecnologias de informação e comunicação, é uma outra área em que significativos progressos podem ser realizados, não só no que respeita à integração da informação dos utentes, mas também em áreas mais arrojadas, teleconsulta e de prestação de alguns serviços de Saúde on-line, registemos o que se tem feito neste domínio abrem amplas perspectivas que se abrem também aqui. Um exemplo de novas prioridades para as políticas de Saúde do futuro diz respeito, e como agora se diz, à integração da Saúde em todas as políticas, no pressuposto de que é preciso também agir a montante, ou seja, quando se tem saúde, e não exclusivamente a jusante, ou seja, em situação de doença, e actuar a nível dos factores que condicionam a Saúde, quer seja ao nível da alimentação, da educação, do ambiente, dos transportes, dos estilos de vida, por aí fora.

Volto agora ao meu primeiro exemplo e aos problemas actuais do nosso Sistema Nacional de Saúde, ao fim de mais de três décadas, francamente dignas de registo e aplauso para todos os que nele participaram e todos que por ele foram tratados. Todos sabemos que as listas e os tempos de espera são um problema grave em Portugal, porque penalizam os mais pobres e os menos instruídos. A sua solução não é dissociável do contexto de desafio de fundo que é o de prosseguir o ritmo de melhoria dos níveis de Saúde registados nos últimos anos, com a manutenção de um Serviço Nacional de Saúde financeiramente sustentável. Mas, estou persuadido, que este objectivo só se conseguirá alcançar com a continuação das reformas que visem melhorar a eficiência das unidades de saúde e aproximar o cidadão do Sistema de Saúde, fornecendo-lhe respostas de acordo com as suas efectivas necessidades. A verdade é que há também que promover, sem dúvida, uma educação para a Saúde e para a justa percepção e avaliação das necessidades.

A terceira questão da boa gestão da Saúde Pública: não me parece boa gestão da coisa pública, particularmente num período de grande contenção orçamental, como a que conhecemos actualmente, permitir que se actue nem como se os recursos fossem ilimitados, reclamando sempre mais do Sistema Nacional de Saúde nem, ao invés, como se este pudesse comportar ilimitadas e indiscriminadas, por exemplo, parcerias público privadas que acabem por redundar num verdadeiro desvio de finalidade e na insustentabilidade final do Sistema. Não estou com isto, mais uma vez o digo, a negligenciar o papel indispensável do sector privado na Saúde. Apenas quero chamar a atenção para o facto de a defesa do interesse público requerer, cada vez mais, compromissos e a arbitragem de interesses, de grupos de interesses profissionais ou económicos que são - temos que o reconhecer - quase sempre contraditórios. Tal papel quantas vezes ingrato, ingratíssimo, cabe a quem está a ele legitimado pelo poder democrático que, isto é, ao decisor político que, no fundo, está sempre perante um dilema resultante de uma equação a três variáveis: a igualdade procurada, as desigualdades aceitáveis e as desigualdades absolutamente indesejadas. Por isso é que a Saúde Pública é, antes de mais e sempre, um problema político, talvez uma das variáveis fundamentais na matriz de justiça social que qualquer regime democrático procura realizar. Por isso também, em matéria de Saúde Pública, a boa gestão não é só uma condição básica para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, mas é outrossim a via para obter ganhos específicos em Saúde para toda a população. E por toda a população entenda-se aqui todos e cada um, porque no centro do Sistema está, e tem que permanecer, como se diz, sempre o cidadão e o ser humano, e como sua trave mestra o princípio inabalável do interesse público. Em última instância, a resolução da difícil equação que acima referi exige, penso eu, uma nova articulação virtuosa entre a justiça social, a sustentabilidade ambiental e financeira e a eficiência económica na dupla dimensão global e local. É este, e só este, o único caminho, em meu entender, modestamente, que dará a todos nós mas, sobretudo, às gerações vindouras, um mundo mais livre, mais justo e mais próspero e, claro, evidentemente, um futuro com mais Saúde. Muito obrigado.

CONFERÊNCIA

MANUEL PIZARRO

SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

Muito boa tarde, Professor Doutor Jorge Sampaio, Senhora Professora Maria do Céu Machado, Senhores Professores Jorge Simões e Paulo Ferrinho, minhas senhoras e meus senhores. Quando a Senhora Alta Comissária da Saúde me convidou para proferir estas palavras no encerramento desta conferência, achei o tema particularmente interessante. Esta ideia de debater o futuro: como poderemos conseguir todos, a nossa sociedade, a sociedade portuguesa, globalizada, alcançar um futuro com maior saúde? Procurarei falar sobre os aspectos essenciais da reflexão que temos que fazer no nosso país e articular o que vou expor em torno de três ideias. Para que os portugueses tenham um futuro com maior Saúde temos, em primeiro lugar, de desenvolver o SNS. Explicarei porquê. Em segundo lugar, garantir a sua sustentabilidade (juro que não tinha ouvido antes a intervenção do Doutor Jorge Sampaio, só ouvi agora). E em terceiro lugar, mudar o paradigma da relação entre os cidadãos e o Sistema de Saúde. Estes, aliás, são temas que estão muito relacionados uns com os outros.

Por que é que, no meu entender, a primeira das prioridades é desenvolver o Serviço Nacional de Saúde (SNS)? Será apenas por razões de natureza ideológica? Claro que as razões de natureza ideológica pesam na minha opinião e naquilo que nós defendemos nesta matéria. O Doutor Jorge Sampaio acabou por nos dizer que a forma como é feito o acesso à Saúde no nosso país, e numa grande parte do mundo desenvolvido, é uma variável essencial na matriz de justiça social que hoje todos defendemos. Verdadeiramente há algo de ideológico nesta ideia de defender a democratização do acesso de todos os cidadãos à inovação tecnológica e à modernização tecnológica da medicina. A ideia de que todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, do local onde vivem, da sua condição social, devem ter acesso àquilo que é uma componente essencial do seu bem-estar, da qualidade e da duração da sua vida, que são as possibilidades da medicina moderna.

Mas, verdadeiramente, temos que admitir que haveria meios alternativos para alcançar este desiderato de justiça social e democratização no acesso à Medicina.

Há outros sistemas diversos que garantem acesso universal, sendo que a condição essencial que materializa o cumprimento do objectivo de justiça social, associado ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, é conseguir que não exista pagamento no momento da prestação. Isso garante, em princípio, que todos os cidadãos, independentemente da sua condição, possam ter acesso à prestação de cuidados de saúde. Não desenterremos um debate ideológico a este respeito porque poderia haver modelos alternativos possíveis que se poderiam ter colocado em Portugal antes da criação do SNS. Há países similares ao nosso que têm modelos diferentes, de inspiração bismarckiana, em que há uma clara separação do prestador e do financiador, e em que o financiador é financiado, os recursos são providos através de sistemas de mutualidade, sistemas de desconto mais ou menos balizados, com participações diversas. Os vários modelos têm vindo a aproximar-se. No modelo português, o financiamento dos hospitais públicos através de uma contratualização é uma tentativa, ainda que imperfeita, de separar o prestador do financiador. O que não há, o que ainda não ocorreu no mundo, é que um dos sistemas se pudesse transformar noutro, e quem defende essa opção sabe que isso é uma possibilidade meramente demagógica. Portanto, estamos, do meu ponto de vista, positivamente, condenados a desenvolver - se queremos um Sistema de Saúde que tenha acesso a todos os cidadãos - o nosso SNS. E a opção por um sistema alternativo é uma opção que, verdadeiramente, não se coloca na agenda. Claro que pressuponho, aqui, a recusa de um qualquer sistema baseado no mercado. Desde logo, por uma razão que os economistas explicam muito melhor do que eu: na Saúde não existe, verdadeiramente, um mercado em sítio nenhum. A Saúde é, quando muito, um quase mercado, porque um mercado pressupõe que os consumidores tenham a possibilidade de escolher de forma informada e livre e, na Saúde, a escolha é profundamente mediada pela intervenção de vários profissionais no Sistema. O exemplo que podemos ter de um Sistema de Saúde construído numa lógica de mercado é o do E.U.A., que mostra com clareza dois aspectos problemáticos não resolvidos. O primeiro deles: a profunda iniquidade do sistema, em que uma parte significativa dos cidadãos estão excluídos. Mas mostra também, e esse é o elemento interessante, uma enorme ineficiência do sistema. Porque, apesar de uma despesa global muito superior à nossa, de uma despesa per capita muitíssimo superior à nossa, três vezes

superior em paridades de poder de compra, os índices sanitários dos E.U.A são, em muitas áreas, piores do que os índices portugueses - o que revela que nem sequer do ponto de vista da eficiência económica a transformação da Saúde num mero mercado será possível enquanto instrumento promotor desses resultados.

E os resultados do SNS devem ter sido, presumo eu, muito discutidos ao longo deste Fórum, são resultados dos quais nos podemos orgulhar com clareza. A esperança média vida dos portugueses subiu de 71 para 79 anos, a esperança de vida à nascença em 30 anos, desde que existe Sistema Nacional de Saúde, a esperança de vida aos 65 anos subiu de 15 para 18 anos, a mortalidade precoce, a mortalidade dos cidadãos antes dos 65 anos baixou quase para metade, a taxa de mortalidade infantil.., Todos conhecem os números.

Partimos com o pior resultado da Europa há 30 anos e temos hoje um dos melhores resultados do mundo: a mortalidade materna quase que desapareceu da vida social em Portugal e era muito significativa... Morriam entre 30 a 40 mães por razões obstétricas ainda em 1979, por ano.

Nos anos de vida potencial perdidos, a melhoria é também muito significativa, quase para metade ao longo destes 30 anos.

Mas estes resultados que nós conseguimos não nos podem distrair da necessidade de garantirmos a sustentabilidade futura do Sistema Nacional de Saúde. Esse era o segundo tema que merece uma reflexão e uma atitude da parte de todos. Porque há tendências mais recentes que revelam que estas preocupações não podem estar ausentes. Temos um SNS que é globalmente bom, reconhecido como bom pelos portugueses que o utilizam. Os resultados recentes do estudo do Professor Villaverde Cabral, publicados já em 2008, revelam isso mesmo: os portugueses que utilizam o SNS, aproximadamente ¾, acham que o SNS é um bom serviço de Saúde. Aquele grupo de portugueses que não utiliza o SNS acha que o serviço é péssimo, mas não utilizam. O que quer dizer que a imagem mediatizada, a imagem pública do serviço é muito diferente da imagem interiorizada pelos seus utilizadores efectivos.

Há, apesar de tudo, muitas áreas a melhorar no nosso SNS e o tema da sustentabilidade é absolutamente essencial. A sustentabilidade é multi-factorial: não é apenas uma sustentabilidade de natureza financeira. Há a sustentabilidade dos recursos humanos, que tem a ver com a diferenciação tecnológica... Mas, claramente, o tema mais difícil é o da sustentabilidade financeira.

A despesa total em Portugal com a Saúde cresceu, nestes 30 anos, de 4,5 para 10,2% do PIB entre 1979 e 2007. Mas a despesa pública cresceu ainda mais rapidamente que a despesa total. E se é verdade que em Portugal a despesa pública na Saúde (a combinação entre o que é despesa pública e despesa privada) faz com que os cidadãos e as famílias paguem ainda mais do que é normal nos países com que nos podemos comparar (pagam em Portugal cerca de 28%; a média da OCDE é cerca de 23%), não é menos verdade que a parte que é paga por despesa pública aumentou continuamente ao longo dos 30 anos do SNS. Houve um ou outro ano de decréscimo mas o resultado é que, neste momento, a parte da despesa pública é superior ao que era no início do SNS - o que é positivo, mas aumenta naturalmente as dificuldades e as responsabilidades do Estado.

Temos, nesta matéria, que actuar no próprio SNS e no Sistema de Saúde, promovendo ganhos de eficiência, que ainda estão longe de estar esgotados, exigindo uma avaliação mais rigorosa do benefício clínico e económico das inovações tecnológicas na área da Saúde. A sociedade tem que fazer essa exigência, não pode aceitar como bom tudo o que é legitimamente propagandeado pela indústria, como sendo algo que deve ser introduzido de imediato. Naturalmente, as inovações têm que comprovar um benefício efectivo não apenas no aspecto clínico, mas na relação custo-benefício.

Temos que melhorar a governação do nosso Sistema de Saúde e temos que continuar a prestar atenção especial à política do medicamento, que é uma área muito sensível do ponto de vista da despesa pública em saúde. Queria chamar a atenção para que a sustentabilidade financeira do SNS, não depende apenas do SNS, nem depende apenas das políticas de Saúde; depende do modelo de desenvolvimento global para o país.

O país foi atingido pelas consequências da gravíssima crise financeira e económica internacional que se abateu sobre o mundo. Devemos reflectir sobre as estratégias que nos reconduzam a um processo de desenvolvimento económico, as estratégias que têm a ver com a melhoria do sistema de Educação, com a aposta, o investimento claro na inovação e no desenvolvimento. Em 2007, pela primeira vez, o país atingiu aquilo que era o objectivo de uma geração, que era mais de 1% da despesa em termos de PIB, a despesa em inovação e

desenvolvimento atingiu 1,38%, e esse número foi consolidado em 2008 com um novo aumento da despesa na área da investigação e desenvolvimento. Essa é uma aposta essencial para o futuro da economia do país. Já tive ocasião para elogiar, por exemplo, o que se está a passar no sector da Saúde, com a contribuição de todas as instituições que estão associadas ao pólo de competitividade da Saúde - o Health Cluster Portugal e com aquilo que são, por exemplo, as exportações na área da indústria farmacêutica. Portugal exporta hoje maior valor em medicamentos do que em vinho do Porto, o que é significativo sobre uma mudança que existe no padrão de exportações. E também toda a área de serviços associados à Saúde. O Doutor Jorge Sampaio referiu que é uma área essencial para o desenvolvimento nos próximos anos, porque, verdadeiramente, precisamos que a nossa economia possa crescer de forma a que garanta a sustentabilidade também financeira do SNS.

Por último, as questões que dizem respeito à mudança de paradigma na relação entre os cidadãos, o SNS e o Sistema de Saúde. A mudança de paradigma nestas relações tem duas componentes. Acho que é muito satisfatório estar a enunciá-las perante um Fórum com esta dimensão e quero particularmente elogiar os organizadores do Fórum (e, naturalmente, os participantes) por terem conseguido transferir para a sociedade, para as suas organizações, para as instituições de Saúde, mas também para as que não são de Saúde, o debate sobre um tema central como seja a Saúde na sociedade portuguesa, que ultrapassa, em muito, as fronteiras das instituições de Saúde e do SNS.

Julgo que o aspecto essencial desta mudança de paradigma na relação entre os cidadãos e o Sistema de Saúde tem a ver com a responsabilização. Uma maior responsabilização do SNS para com os cidadãos, uma maior responsabilização dos cidadãos para com a sua Saúde. Não vejo nenhuma forma alternativa pela qual possamos caminhar no futuro que não seja utilizando esta maior responsabilização da parte de todos. Naturalmente que é legítimo e adequado que os cidadãos sejam mais exigentes em relação ao Sistema de Saúde e ao SNS, que exijam mais informação e mais transparente, que exijam uma melhoria da sua capacidade de resposta, que exijam uma percepção clara sobre a sua orientação do Sistema de Saúde e que exijam que nós sejamos capazes de encarar os cidadãos, verdadeiramente, como o centro do Sistema de Saúde no seu funcionamento quotidiano, e não apenas nas proclamações destas conferências que vamos fazendo.

Acho que há sinais positivos de que o Sistema de Saúde e o SNS caminham nesse sentido. Há uma melhoria muito significativa do que se passa com a lista de inscritos para cirurgia, não apenas no número de inscritos que diminuiu de cerca de 250 000 para cerca de 170 000 no espaço de quatro anos, mas sobretudo na mediana do tempo de espera, porque esse é o valor mais importante, que diminuiu de cerca de 8 meses e meio para pouco mais de 3 meses. É um resultado muito positivo, mas reconhecemos que há outras áreas, por exemplo, o acesso à consulta de especialidade hospitalar, onde as melhorias verificadas não são tão significativas. Há também uma enorme melhoria na introdução de serviços prestados ao cidadão, serviços de base electrónica que são muito importantes e que devemos valorizar.

Hoje é possível, em Portugal, a qualquer cidadão que esteja numa lista de inscritos de um hospital público para uma cirurgia, saber por meio da internet, sem sair de sua casa, qual é a posição em que se encontra na lista, qual a semana em que é previsível vir a ser operado. Isto é uma enorme aposta em termos de transparência do Sistema e de capacidade do cidadão estar no centro desse Sistema. Hoje é possível marcar consultas na maior parte dos centros de saúde deste país através da internet. E os serviços de base electrónica vão alargar-se.

Para além da responsabilização do Sistema de Saúde perante o cidadão, acho que há também um tema para abordar na agenda que tem a ver com a nossa responsabilidade, com a responsabilidade de todos perante a nossa própria Saúde e perante a nossa relação com o Sistema de Saúde. Todos conhecem, muitos que estão aqui presentes bem melhor do que eu, aquilo que é a mudança do padrão epidemiológico do país.

Um estudo recente da Sociedade Portuguesa da Diabetologia diz que um em cada nove portugueses são diabéticos, embora 1/3 desses não saiba que são diabéticos. Um em cada nove tem diabetes mellitus! A venda de medicamentos para diabetes mellitus aumentou o custo anual de 40 milhões de euros, no ano de 2000, para um pouco mais de 100 milhões de euros no ano 2008 e estes, como se sabe, são praticamente todos comparticipados a 100% pelo Estado. Portanto, estamos, em geral, a falar de despesa pública. A venda de tiras-teste, para ver a

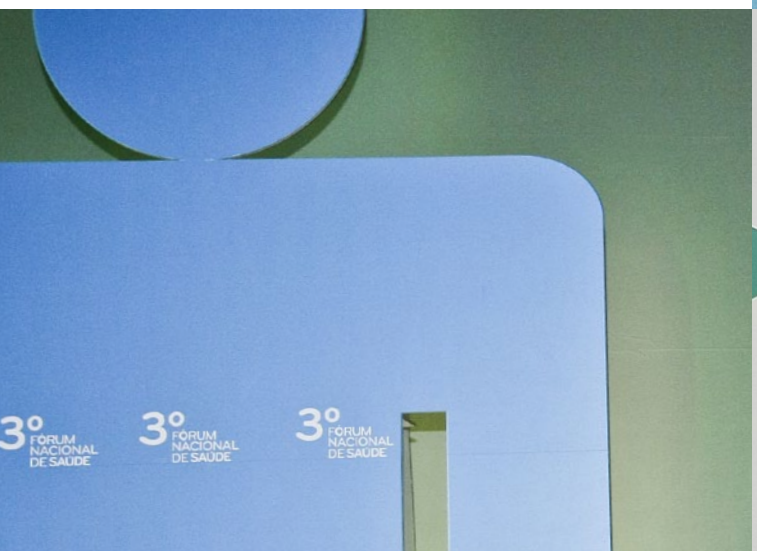
glicemia, aumentou de cerca de 500 000 embalagens no ano de 2000 para mais de 2 milhões de embalagens no ano de 2008. E todos temos ideia do enorme peso social, individual, familiar da diabetes mellitus.

Poderia usar números similares para a hipertensão arterial. Um estudo epidemiológico do Professor Mário Espiga, publicado há 3 ou 4 anos, dizia que um em cada três portugueses tem hipertensão arterial e mais de metade deles não a tem adequadamente controlada, ou para a obsedidade: 30% das crianças – 3 em cada 10 – têm excesso de peso e uma em cada 10 tem mesmo obesidade, nas crianças até 14 anos. Perante estes dados, podemos perguntar se não temos todos - o Serviço de Saúde, os cidadãos, as organizações políticas aos diferentes níveis - de mudar algumas das atitudes e de incorporar, efectivamente, as preocupações com a Saúde em todas as políticas.

Chamo a atenção para dois sectores em que isto parece mais evidente: aquilo que diz respeito à política da Educação, onde os Sistemas de Saúde têm que se tornar absolutamente centrais para que possamos assegurar a sustentabilidade futura do Serviço de Saúde e para que possamos assegurar um futuro com maior Saúde para todos; mas também as políticas que têm a ver com o urbanismo, onde temos verdadeiramente que reorganizar o espaço público, as nossas cidades, de forma a que o exercício físico e as actividades de ar livre recuperem a centralidade na vida individual que já tiveram no passado.

Naturalmente que muito será exigido ao comportamento individual de todos nós enquanto cidadãos, à forma como comemos, à forma como fazemos (ou não fazemos) exercício físico, aos hábitos que alguns ainda vão tendo, designadamente o terrível hábito de fumar. Mas eu tenho a expectativa de que um debate numa sociedade democrática - centrado na participação dos cidadãos na construção do seu Sistema de Saúde, centrado na ideia de que a Saúde é um bem inestimável, provavelmente o mais central dos bens, que nos permite fruir os outros bens da nossa vida - nos transportará para a criação de estratégias mais eficazes para induzir esta mudança de comportamentos dos cidadãos, que não pode ser imposta por um qualquer Estado, mais ou menos autoritário. Tem que partir da nossa própria iniciativa enquanto cidadãos livres, que, percebendo a importância de um Serviço Público de Saúde de acesso a todos, que coloca ao dispor de todos as melhores tecnologias, temos que perceber também que uma enorme componente da nossa Saúde no futuro depende da nossa iniciativa. E conseguir, com isso, ter um país melhor, mais desenvolvido, com maior justiça social e com maior qualidade de vida para todos.

Julgo que um Fórum como este é um excelente espaço para que este debate possa ser adequadamente amplificado. Muito obrigado!

3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE

PARA UM **FUTURO**
COM **SAÚDE.**