

Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Roteiro de Intervenção em Ordenamento do
Território e Estratégias Locais de Saúde

Setembro 2014



**Plano Nacional de Saúde
2012-2016**

Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Roteiro de Intervenção em Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde

Isabel Loureiro

Natércia Miranda

Alcindo Maciel Barbosa

Índice

1. PREFÁCIO	4
2. INTRODUÇÃO	5
3. ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E ESTRATÉGIAS LOCAIS DE DESENVOLVIMENTO.....	6
4. FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA.....	8
5. A PROPOSTA	13
BIBLIOGRAFIA	16

Documento de Trabalho

1. PREFÁCIO

O presente documento tem por objetivo dar resposta a solicitação da DGS que visa a elaboração de um roteiro orientador da implementação de estratégias locais de saúde. Tem por base o documento “Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Termos de Referência para Roteiro de Intervenção em Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde. DGS, Maio de 2014”.

Tendo em vista o cumprimento do que é definido naquele documento,

- 1) Recordam-se alguns dos principais conceitos com importância no domínio em apreço;
- 2) Apresenta-se uma proposta de metodologia, com referências técnicas e conceptuais, como roteiro para apoiar a implementação de um *“Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local”*.

2. INTRODUÇÃO

“Com o envolvimento da sociedade civil, das comunidades e dos cidadãos, através das abordagens “Toda a sociedade” e “Todo o governo” pode-se reforçar a resiliência das comunidades às ameaças à sua saúde, à sua segurança e bem-estar”

WHO Europe, *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*, 2013.

O *Roteiro de Intervenção em Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde* deve ser visto como um instrumento para inspirar a criação de parcerias e estabelecer compromissos concretos, alicerçados na construção conjunta de um referencial de planeamento com sentido para o nível local mas que, igualmente, possa dar resposta a necessidades de articulação entre os outros níveis da organização do território, isto é, o nível regional e o nível nacional.

Na presente proposta, entende-se o planeamento como um processo participado, em que estão envolvidas as principais forças motoras da comunidade – as “forças-vivas” locais – e em que, em permanência, se encontram abertos mecanismos de audição dos cidadãos nas várias fases do seu desenvolvimento: identificação de prioridades e estabelecimento de metas, desenho das intervenções, com avaliação contínua e do grau de consecução das metas, analisando e discutindo as novas estratégias e iniciativas que vierem a ser consideradas relevantes ao longo da execução.

No planeamento e ação o processo de entrosamento dos diferentes *stakeholders* é vital para o reforço da coesão social, tão importante para a co construção da saúde e do desenvolvimento humano. Através de consensos conseguidos, é possível criar sinergias – operacionais e afetivas – com uma visão partilhada do rumo a traçar, para se alcançarem as mudanças estruturais sustentáveis, o fortalecimento das organizações, com o aumento das capacidades de liderança e de envolvimento da comunidade.

Este “Roteiro” constitui uma proposta a ser adequada à realidade concreta de cada local, com a flexibilidade e a dinâmica necessárias para ir evoluindo e impulsionando os processos de mudança que, por sua vez, se têm de ir reformulando para fazer frente a novos desafios, produzindo novos contextos com significado.

Propõe-se, no entanto, que se mantenha uma estrutura-base de referência e de informação, por forma a permitir que seja possível comparar, monitorizar e avaliar o que está sendo desenvolvido no País quanto à Intervenção em Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde.

3. ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E ESTRATÉGIAS LOCAIS DE DESENVOLVIMENTO

Primum non nocere

De entre as muitas definições de ordenamento do território, merece especial referência a que foi adotada na Carta Europeia do Ordenamento do Território, aprovada pelo Conselho da Europa, em 1988 (DGOT, 1988). Segundo este documento, ordenamento do território (OT) é a “tradução espacial das políticas económica, social, cultural e ecológica da sociedade” e “simultaneamente, uma disciplina científica, uma técnica administrativa e uma política que se desenvolve numa perspetiva multidisciplinar e integrada tendente ao desenvolvimento equilibrado das regiões e à organização física do espaço segundo uma estratégia de conjunto.” A mesma Carta estabelece, como princípios para o OT, que deve ser 1) democrático, assegurando a participação das populações interessadas e dos seus representantes políticos; 2) integrado, com coordenação das diferentes políticas sectoriais numa abordagem global; 3) funcional, devendo ter em conta a existência de especificidades regionais, fundamentadas em valores, cultura e interesses comuns que, por vezes, ultrapassam fronteiras administrativas e territoriais, assim como a organização administrativa dos diferentes países; 4) prospetivo, analisando e considerando as tendências e o desenvolvimento a longo prazo dos fenómenos e intervenções económicas, ecológicas, sociais, culturais e ambientais. Rui Alves (2001) considera, ainda, como princípios fundamentais do OT: a) igualdade, garantindo-se as mesmas condições e oportunidades de acesso a bens e serviços a todos os cidadãos; b) equidade no tratamento - dos cidadãos, as organizações e dos territórios; c) interesse público, prosseguindo finalidades de interesse coletivo; d) liberdade e responsabilidade, na intervenção individual e da iniciativa privada na organização do território; e) sustentabilidade, na salvaguarda e proteção de recursos naturais, culturais e ambientais.

O nível local de organização do território é o mais favorável à congregação das forças relevantes para a implementação das iniciativas de desenvolvimento, com a aproximação das comunidades.

A condução dos processos para promover a saúde da comunidade, nomeadamente na luta contra as doenças crónicas não-transmissíveis, baseia-se na construção de sinergias e na complementaridade de decisão e de acção – dos sectores público, privado e social - conjugando as reais potencialidades existentes no território. Esta visão está contida na abordagem de “Toda a sociedade” e de “Todo o governo” (WHO Regional Office for Europe, 2013) e constitui também o suporte conceptual em que assenta a estratégia “Saúde em Todas as Políticas” (Leppo et al., 2013) a qual, de acordo com a OMS, se aplica aos níveis supranacional, nacional e local.

O envolvimento direto dos vários setores e de todos os potenciais interessados no desenho de estratégias locais é, potencialmente, um meio de qualificação e otimização dos recursos da comunidade, de definição de objetivos comuns, da ação e compromissos de cada um e de um mais fácil reconhecimento dos resultados do esforço de todos.

Santos e colaboradores (2010) definem estratégia local de saúde como “um conjunto de metas de saúde, parceiros sociais (comprometidos), atividades (efetivas na construção dessas metas) e de

recursos (existentes e mobilizáveis) capazes de melhorar o estado de saúde da comunidade num contexto de elevada complexidade”.

Partindo dos pressupostos de que a saúde “é uma pré-condição para a prosperidade económica” (EU, 2006), que “a saúde das pessoas influencia os resultados económicos em termos de produtividade, oferta de mão-de-obra, capital humano e gastos públicos”², que é um fator determinante no desenvolvimento e que a ação local para a saúde é um processo de co construção, entendemos que as Estratégias Locais de Saúde ganham novo sentido se incluídas num “Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local”. Nesta base, a capacitação da comunidade, tendo em vista a sua máxima participação no controle de fatores com impacte sobre a sua saúde, é uma dimensão fundamental para uma estratégia de desenvolvimento local.

Por outro lado, sabendo-se que “um significativo investimento na saúde e bem-estar da população reduz as desigualdades em saúde, reforça a saúde pública e assegura que o sistema de saúde centrado na pessoa é universal, equitativo, sustentado e de elevada qualidade” (WHO,2013) características todas elas coerentes com os princípios para o OT, reforça-nos a convicção de que as Estratégias Locais de Saúde ganham se forem incluídas num Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local.

Adotando-se esta perspetiva sistémica, o planeamento de uma intervenção sobre um determinado território deverá assentar no conhecimento da mútua influência de efeitos entre as políticas, as decisões e a ação dos vários setores, numa perspetiva de avaliação do impacto em saúde, cujos efeitos se repercutem no sucesso da intervenção. Face a uma intervenção concreta, torna-se, assim, possível melhor estabelecer o que deve ser feito, qual o tipo de recursos do território que, de acordo com as necessidades, devem ser disponibilizados para as várias ações, definir os modos de acesso aos bens e serviços, em que se inclui a saúde e avaliar o impacto da mobilização integrada dos recursos.

Em ligação estreita com a capacitação das comunidades, a *workforce* de Saúde Pública deve ser um motor para o desenvolvimento dos métodos de trabalho com os agentes da comunidade, os *policymakers* e outros profissionais, pelo que a sua diferenciação e organização tem de contemplar esta vertente.

É a partir destes pressupostos que esta proposta se desenvolve.

4. FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Políticas de resposta em situação de crise económica e social

A análise da experiência de vários países que passaram por situações de grave recessão, semelhantes à que Portugal actualmente atravessa, demonstra que os reforços do financiamento a programas de Saúde Pública “contribuem de facto para reduzir a dívida, já que estimulam o crescimento da economia” (Stuckler & Basu, 2014, p. 15). Em situação de crise económica a opção por uma estratégia de investimento em setores sociais como a educação, a saúde, o apoio social, demonstrou ganhos de crescimento económico comparativamente à opção por uma política de austeridade (*idem*). Se considerarmos que “*uma grande parte dos gastos em saúde, em particular em prevenção da doença e na promoção da saúde, são considerados como um investimento com elevado rendimento e taxa de retorno*” (Bloom, et al. 2011) teremos que o investimento em saúde constitui uma estratégia essencial para sairmos da crise económica e social em que a Europa e o nosso País se encontram.

Em Portugal foi a opção da austeridade a que foi tomada a nível central para encarar a crise económica e financeira. Face a este cenário, as estratégias integradas para o desenvolvimento local representam uma forma palpável para incrementar a resiliência das comunidades e assegurar a sobrevivência e a autossustentabilidade, na ausência de incentivos pelo governo central. Neste processo a saúde constitui uma dimensão determinante.

Algumas experiências que estão a ser coordenadas pelo setor da saúde, como o “Perfil de Saúde”, beneficiarão em ver valorizadas algumas das suas linhas de trabalho, como o envolvimento da comunidade. Outras, como a “Rede Social”, da responsabilidade da Segurança Social, deverão, também, ser mantidas e reforçadas já que foi demonstrado que a solidez das redes de segurança social é um dos fatores que determina fortemente o estado de saúde (Stuckler & Basu, 2014).

As condições contemporâneas requerem inovação social dependente de mudanças paradigmáticas centrais na ciência, na perspetivação do combate à pobreza para além da resposta à privação, na relação entre saúde e desenvolvimento territorial e na adoção de abordagens adequadas de planeamento. (Henriques, 2013, pág. 58).

Recursos e sua capacitação

As organizações e pessoas com motivação e capazes de contribuir para a ação em saúde devem-se contar como elementos mobilizáveis, constituindo os recursos de uma comunidade.

Com o objetivo de criar sinergias entre os vários *stakeholders* para a efetiva implementação de projectos no território, é fundamental que todos os potenciais intervenientes participem ativamente nas decisões e em todo o ciclo de planeamento. Na transposição do plano para a prática, a obtenção formal da participação de cada um dos envolvidos é essencial ao acompanhamento dos processos, sua monitorização e à avaliação final dos resultados. Uma “carta de compromisso” conhecida de todos, vincula publicamente os subscritores à ação concertada.

A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (1994-2002) é um exemplo ilustrativo de quanto o compromisso voluntário das instituições da comunidade consegue ser mobilizador e organizador do trabalho de cada parceiro, de acordo com as suas competências específicas.

Outro exemplo é o da Rede de Cidades Saudáveis que tem vindo a crescer e a aprofundar-se ao longo de mais de duas décadas.

Uma questão de extrema relevância é a da capacitação das organizações e dos seus profissionais. Neste âmbito, o estudo PROCAPS (2010) identificou necessidades e potencialidades de ação e de formação em promoção da saúde a nível local, com base na opinião de técnicos das autarquias. Revelou como principais preocupações a gestão de informação e conhecimento, a necessidade de criação de redes de troca de experiências e sua disseminação, a melhoria da comunicação entre profissionais e instituições, a reflexão e sistematização do conhecimento. Mostrou a fragilidade dos participantes na valorização do planeamento e avaliação. (Loureiro, *et al.*, 2010). Neste campo, como noutras áreas do conhecimento, a academia está preparada e deve dar um contributo substancial na formação dos técnicos das autarquias e outras organizações locais.

Outras áreas em que é preciso desenvolver competências incluem as do planeamento participado, a *advocacy* e negociação, a investigação-ação, a avaliação de impactes em saúde, as metodologias de implementação, fundamentais para a promoção da saúde. É de notar que a investigação participada de base comunitária é uma metodologia a privilegiar como instrumento da capacitação (Loureiro, Miranda, Miguel, 2013).

Informação em saúde

São diversas as fontes de informação, dentro e fora do setor da saúde, relevantes para compreender os problemas e as características socio culturais no contexto do território. Além de se ter que garantir, entre outros aspetos, a qualidade da informação e intercomunicabilidade entre serviços e plataformas, é necessário aumentar a capacidade de gestão, análise e divulgação/disseminação do conhecimento.

No setor da saúde foram concebidos os Observatórios de Saúde Pública como infra estruturas para o diagnóstico e interpretação do estado de saúde das populações. Em Portugal, para além do nível nacional, têm vindo a ser organizados aos níveis regional (ARS) e local (Unidades de Saúde Pública dos ACeS). Em parceria com as organizações locais, nomeadamente os municípios, deverão contribuir para identificar e localizar problemas prioritários e recursos disponíveis no território e na região, encontrando-se, em conjunto, soluções para os enfrentar. Os métodos e instrumentos de planeamento, intervenção e investigação-ação passam pela construção de parcerias numa perspetiva *win-win*. O contributo dos observatórios de saúde deve alargar-se cada vez mais à explicação dos efeitos na saúde da ação de outros setores, com recurso a metodologias específicas, como a avaliação de impactes em saúde.

Recorda-se que mais de metade do estado de saúde é explicada por determinantes sociais (CSDH. WHO, 2008) pelo que a recolha e partilha de informação intersectorial é essencial a um conhecimento mais completo das situações para uma acção fundamentada. A atualização

permanente da informação essencial às intervenções (prioridades e resultados), tem de ser garantida e partilhada entre os envolvidos.

Observar diferenças e injustiças

A informação útil para um “*Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local*” é a que permite estruturar as intervenções relevantes para o território, conferindo-lhes o sentido de que os agentes carecem para se motivarem para a ação. É a proximidade que permite aprofundar as estatísticas nacionais e regionais para identificar e localizar os problemas, percebendo as bolsas de pobreza, onde e como vivem as famílias, as crianças e os idosos e outros grupos especialmente vulneráveis. Muitas vezes não são adequadas as estatísticas oficiais ligadas a instrumentos de observação periódica. A utilização de metodologias e instrumentos de recolha de dados sensíveis às especificidades deve ser valorizada. Por exemplo, em zonas “críticas” é por vezes necessário recorrer a procedimentos baseados em “*recall memories*” e “análise estatística de pequenos números”. Outras possibilidades são a da representação espacial das mudanças, com recurso a *spider graphics*, a aplicar em vários momentos de evolução dos processos. Este tipo de registo é usado muitas vezes em processos participados, tornando-se visível o observar as dinâmicas de participação, o *empowerment*, a liderança, entre outras (Labonte e Laverack, 2001; Gibbon, 1999).

A informação tem de ser suficientemente detalhada para colocar em evidência as desigualdades, sobretudo as evitáveis. Assim, deve procurar-se que os indicadores sejam estratificados por sexo, pelo menos dois marcadores sociais (ex: educação, rendimento, classe socioeconómica, etnia/raça), pelo menos um indicador geográfico (ex: rural/urbano) e incluir pelo menos uma medida absoluta de iniquidades em saúde entre grupos sociais (ex: risco atribuível).

Um sistema mínimo de vigilância de equidade em saúde deve apresentar dados de mortalidade, morbilidade e seus determinantes por grupos socioeconómicos, a nível nacional, regional e local, comparáveis ao longo do tempo. (CSDH. 2008, p.181)

Prioridades em saúde

O aumento das desigualdades em saúde é uma realidade na Europa e em Portugal e está ligado à diminuição da qualidade de vida da população.

“A população com mais baixos rendimentos e nível de educação tem pior saúde, sofre mais doenças e incapacidades e morre mais cedo.” (European Commission, 2013). Reconhecidamente *“um significativo investimento na saúde e bem-estar da população, reduz as desigualdades em saúde, reforça a saúde pública e assegura que o sistema de saúde centrado na pessoa é universal, equitativo, sustentado e de elevada qualidade.”* (WHO Europe, 2013).

Não é possível conseguir uma melhoria no nível de saúde global da população sem investir na redução franca das desigualdades e nas iniquidades. Há que incorporar na definição das prioridades em saúde as necessidades específicas dos grupos mais desfavorecidos e, dentro destes, ter em atenção, ainda, as diferentes vulnerabilidades ligadas ao género, à idade e ciclo de vida, ao

rendimento e situação perante o emprego, ao local e condições de residência, à condição de migrante, etc., estabelecendo para estes os ganhos que é necessário obter (CSDH, 2008).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS), em consonância com a Estratégia Europeia Saúde 2020, considera como áreas prioritárias de intervenção 1) investir na saúde ao longo da vida, capacitando as pessoas 2) prevenir e lidar com doenças crónicas não transmissíveis e doenças transmissíveis 3) reforçar o sistema de saúde centrado na pessoa 4) criar ambientes de suporte e comunidades resilientes. A ótica atrás apresentada tem de ser equacionada para orientar a ação, em que o nível local do território desempenha um papel crucial, conforme se exemplifica:

Investir na saúde ao longo da vida, capacitando as pessoas

Na criação de condições para a saúde ao longo da vida é necessário que esteja envolvida toda a sociedade. A educação, a saúde, habitação, transportes, cultura, a ação social são alicerces que o Estado, ao nível central e local, tem o dever ético de garantir, de forma universal e justa.

A infância é a fase crucial da vida para o investimento na saúde. A vinculação familiar na educação e acompanhando de todo o percurso da criança é essencial ao seu desenvolvimento harmonioso. Um ambiente promotor de saúde mental e física, que exige uma atenção particular de todos os setores já referidos, é básico para a aquisição de aprendizagens fundamentais, nomeadamente do gosto por alimentos saudáveis, pela atividade física, a aquisição de hábitos de repouso e sono, a capacidade criativa e artística, o desejo de aprender ao longo da vida (Crisp, coord., 2014).

Nos jovens as oportunidades de terem voz na sociedade, de socialização e diferenciação cultural constituem fatores protetores para problemas como as dependências ou a violência.

Para quem esteja em idade ativa, oportunidades e condições para um trabalho gratificante, para além de representarem um “descolar” da crise, ajudam a promover a saúde mental e física, a melhorar a qualidade das vivências familiar e social, nomeadamente apoiando a parentalidade.

A valorização do potencial que as pessoas mais velhas têm para oferecer à sociedade, numa abordagem intergeracional, reforça os laços familiares e de vizinhança, atribuindo mais sentido à vida.

Os imigrantes, como populações especialmente vulneráveis a problemas de saúde física e mental com dificuldade no conhecimento e acesso a serviços e a informação de saúde, por vezes por desconhecimento da língua e dos mecanismos de entrada no sistema, requerem uma atenção particular no sentido da sua inclusão.

No campo da educação, reconhece-se a importância do território, por exemplo, com a estratégia de definição dos Territórios de Intervenção Prioritária (TEIP), em que, na identificação de zonas com características que exigem uma atenção prioritária, se valorizam as potencialidades e as parcerias locais (Barroso, 1997).

Mais recentemente, a Câmara Municipal de Lisboa adota um conceito semelhante, aplicando-o a projetos específicos de intervenção em bairros e zonas de intervenção prioritária (<http://www.cm-lisboa.pt/viver/habitar/melhoria-da-qualidade-de-vida-urbana-e-coesao-social>).

O perfil de saúde

O perfil de saúde constitui atualmente a base dos planos regionais e de planos locais de saúde no nosso país. A sua utilização para identificar as prioridades de ação é, assim, fundamental para definir as estratégias para o desenvolvimento local. Para tal é necessário que os vários sectores se revejam nos indicadores nele contidos de modo a que os possam utilizar para orientar a sua intervenção. Deve salientar-se, por exemplo, o seu papel no contexto dos projetos “cidades saudáveis” ou na elaboração de planos de desenvolvimento da responsabilidade das autarquias, como os planos municipais de saúde.

A definição dos perfis de saúde pelas ARS tem sido baseada na integração e análise de dados e produção de indicadores de caracterização do território do ponto de vista da situação sociodemográfica, dos recursos de saúde, dos fatores determinantes da saúde e estilos de vida, aspetos específicos relativos ao ciclo de vida, mortalidade e morbilidade, resultados de avaliação de programas de saúde, custos associados à prestação de cuidados, entre outros. Todavia, é quase sempre insuficiente a informação relativa a fatores promotores e protetores da saúde e, quando existem, raramente apresentam diferenciação por género ou grupo social.

O perfil de saúde é público, constituindo um recurso de informação para a comunidade científica, os profissionais de saúde, de educação, ação social e outros, para a população em geral e todos quantos estão envolvidos na decisão e nas intervenções que visem a melhoria da qualidade de vida das comunidades.

O planeamento local e a saúde

Um plano de intervenção local reúne o conjunto de objetivos, estratégias e atividades concretas destinadas à resolução dos problemas da população. Deve integrar e organizar as respostas dos serviços dos vários setores da comunidade, reunindo opções com impacto positivo na qualidade de vida, em que a saúde é determinante. São várias as designações que adotam - Plano Local de Saúde, Plano de Desenvolvimento em Saúde, Plano de Desenvolvimento Social.

Ligados à “Rede Social”, existente em todos os municípios, os planos de desenvolvimento social são orientados para a qualidade de vida. Assentam num diagnóstico integrado dos problemas de saúde, dos comportamentos e estilos de vida e seus determinantes, do ambiente físico, social e político, dos recursos mobilizáveis. Quanto maior a sua abrangência na recolha da informação e conhecimento sobre o território e a participação da população na sua construção, mais fácil se torna vislumbrar

quais as metas a definir, as estratégias e ações para as alcançar e medir os resultados.

Os municípios têm desenvolvido um importante trabalho de caracterização sociocultural do território que inclui muitos dos principais determinantes sociais da saúde.

As Administrações Regionais de Saúde disponibilizam nos respetivos *sites* diagnósticos de saúde úteis para o planeamento local.

A integração da informação de diversas fontes é fundamental para a elaboração do *Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local*.

Num “*Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local*” os parceiros participam na definição das prioridades e objetivos para que os processos tenham significado, sendo, assim, motivados para a ação (Tsui, Cho, Freudenberg, 2013). Deste modo os problemas são melhor identificados e as soluções efetivas são encontradas e implementadas pelos atores locais. No contexto do plano, a capacitação dos jovens, dos adultos, das organizações civis deve contar com os parceiros mais diferenciados nas áreas a privilegiar e com o suporte das entidades públicas e privadas. Alguns destes recursos estão disponíveis a nível local, outros ter-se-ão de obter junto das academias ou a outros serviços mais especializados (Soromenho-Marques, 2014).

Neste processo é essencial a existência de um **plano de comunicação eficaz**, interativo, que garanta informação e participação em tempo útil.

5. A PROPOSTA

Do que se pode inferir da experiência de outros países há necessidade de que em Portugal se siga a evidência, através de uma opção inequívoca no **investimento em domínios efetivos de ganhos em saúde**, sendo a aposta nos primeiros anos de vida a que traz mais retorno social e humano (Nigel, et al. 2014).

A concretização da estratégia **Saúde em Todas as Políticas** não pode mais ser adiada; a ação do Ministério da Saúde tem de ser assertiva e de acompanhamento e suporte aos outros setores. Em apoio à iniciativa neste campo, é fundamental o desenvolvimento de competências para a avaliação de impactes em saúde, cuja aplicação, pelo seu caráter prospetivo permite melhorar as decisões de políticas e programas, minimizando os seus potenciais efeitos negativos.

O “*Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local*” deverá constituir o documento orientador de todos os setores da comunidade para uma intervenção com “as lentes da saúde” propiciando que todos assumam a consciência da importância e influência que podem ter sobre o território. Com esta referência, a intervenção em saúde, embora mantendo as especificidades próprias, como os outros setores mantêm, não se separa de uma ação concertada com os intervenientes relevantes. Este Plano pode representar, assim, uma oportunidade, ao nível local, de incorporar a Saúde em Todas as Políticas, que carece, urgentemente de passar dos enunciados à

prática em Portugal, segundo a qual promover a saúde com foco nos determinantes sociais e nas iniquidades é o principal objetivo.

A Tabela 1 apresenta algumas áreas para intervenção integrada no território.

Tabela 1. Áreas para intervenção integrada no território – exemplos

1. Promoção da saúde

(Abordagem de toda a sociedade e de todo o governo; saúde em todas as políticas)

- Identificação das mais-valias de cada setor para resolução dos problemas (ex: redução das desigualdades, proteção dos grupos mais vulneráveis - grávidas e crianças, idosos, imigrantes, pobres, pessoas em idade ativa desempregadas)
- Um forte investimento na educação para a saúde com envolvimento do setor da educação
- *Empowerment* dos cidadãos
- Divulgação de boas práticas
- Redes de redes e criação de comunidades de práticas em Promoção da Saúde

2. Intervenção em saúde, através de um planeamento integrado, com reforço na prevenção

a) Fatores protetores

- Alimentação saudável
- Diminuição da ingestão de sal
- Prática da atividade física
- Aprendizagem ao longo da vida
- Vinculação familiar, sexualidade, socialização positiva

b) Fatores de risco/doença

- Obesidade infantil
- Diabetes
- Hipertensão
- Sexualidade dos jovens
- Consumos de tabaco, álcool e outras dependências
- Integração da saúde mental em programas de vigilância da saúde, como os de saúde materna, saúde infantil e juvenil e saúde escolar, reforçando o investimento para a aquisição de competências básicas para a vida

3. Reorganização da prestação cuidados

- Aumento da competência social e cultural das instituições e seus profissionais
- Conjugação entre os serviços de saúde e outros serviços sociais
- Fortalecimento de parcerias nas respostas em cuidados continuados, saúde de grupos minoritários, como os imigrantes (intervenção de mediadores para a interação com os serviços, disponibilizados por instituições públicas ou da sociedade)
- Articulação entre sistemas de informação beneficiando das estruturas de cada um dos parceiros.

Para além das atribuições próprias de cada setor que, desejavelmente devem ser articuladas com as de outros no mesmo território, considera-se que há um conjunto de intervenções que exigem um planeamento conjunto, com transparência e mecanismos explícitos para prestação de contas.

A tabela 2 apresenta áreas cruciais para a alavancagem do trabalho sinérgico que promova a resiliência das populações e organizações locais.

Tabela 2. Dimensões-base para a elaboração de um plano integrado de saúde para o desenvolvimento local. Horizonte temporal 2016

Intervenções específicas	Quem
<p><i>Melhorar as condições de vida das pessoas em situação de pobreza e exclusão social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação - Educação - Habitação - Saúde - Apoio social - Participação cívica e social 	<p>Municípios</p> <p>ONG</p> <p>Serviços de saúde</p> <p>Serviços de ação social</p> <p>Os destinatários</p>
<p><i>Promover um bom início de vida</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação do nascimento com planificação, educação e apoio na parentalidade - Investimento nos fatores protetores: saúde familiar, alimentação, sono e exercício físico, - Saúde escolar: educação cívica, educação para a saúde e educação sexual em meio escolar 	
<p><i>Conseguir um ambiente físico promotor da saúde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Espaços verdes seguros e próximos, estimulantes da prática da atividade física - Segurança e diversidade alimentar - Acesso a água potável e a saneamento - Habitação saudável - Transportes públicos próximos, cómodos, frequentes e acessíveis que promovam o seu uso 	
<p><i>Assegurar a capacitação dos stakeholders</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Planeamento participado - Investigação-ação participada - Avaliação de impactes em saúde (AIS) - Comunicação e mobilização social 	
<p><i>Partilhar as boas práticas no domínio da ação local integrada para a saúde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Redes de conhecimento - Comunidades de prática - Intercomunicabilidade das plataformas de informação - Tronco comum de indicadores 	
<p><i>Garantir a continuidade das intervenções com valor acrescentado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos capacitados - Meios financeiros e materiais - Processos assistenciais integrados - Equipas e intervenções multiprofissionais 	

É um facto que a estrutura hierarquizada dos serviços de saúde não facilita processos de envolvimento comunitário como o que aqui se propõe. No entanto, são vários os casos de sucesso em vários pontos do território nacional, devendo promover-se a sua disseminação.

Esta proposta exige uma discussão aprofundada com peritos dos vários sectores com vista a construir um referencial para a elaboração de um **Plano integrado de saúde para o desenvolvimento local**.

BIBLIOGRAFIA

Alves, R. (2001). Planeamento e Ordenamento do Território e o Estado Português – contributos para uma intervenção renovada. IST, Lisboa.

Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.

Barroso, J. (1997). Da exclusão escolar dos alunos à inclusão social da escola: que sentido para a territorialização das políticas educativas? In ACTAS DO FÓRUM CONTRA A EXCLUSÃO ESCOLAR, Lisboa, Ministério da Educação/PEPT.

Crisp, N. (Coord.) (2014) – Um futuro para a saúde. Todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.

DGOT. Direção Geral do Ordenamento do Território (1988) - Carta Europeia do Ordenamento do Território. Ministério do Planeamento e da Administração do Território. Secretaria de Estado da Administração Local e do Ordenamento do Território. Lisboa, Portugal, 1988.

Department of Health do NHS UK - Health profiles (acessível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)

European Commission (2013) - Investing in Health. Geneva: World Health Organization.

European Commission (2006) - Council conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems. Luxembourg: European Commission

Gibbon, M.: Meetings with meaning: health dynamics in rural Nepal. London: Southbank University, 1999. PhD Thesis.

Henriques, J.M. - On becoming healthier communities: Poverty, territorial development and planning. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 1 (2013) 58-73.

Labonte, R.; Laverack, G.: capacity building in health promotion: part 2: Whose use? And with what measurement? Critical Public Health, 11: 2 (2001) 128-138.

Leppo, K. et al (ed) (2013) – Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

Loureiro, I.; Miranda, N; Miguel, J.M.P.: Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal:

Refletir para agir. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 1 (2013) 23-31

Loureiro, I; Miranda, N. – Promover a saúde. Dos fundamentos à ação. Coimbra: Almedina. 2010

Nogueira, H; Remoaldo, P.C. – Olhares geográficos sobre a saúde. Ed. Fernando Mão de Ferro. Lisboa, 2010.

Santos, A. I.; Casimiro, D.; Gonçalves, C.; Sakellarides, C. (2010) – Estratégias locais de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Alto Comissariado da Saúde.

Soromenho Marques, V. – Portugal na queda da Europa. Ed. Círculo de Leitores, Lisboa. 2014

Stuckler, D. ; Basu, S. - A Economia Desumana. Porque mata a austeridade. Ed. Bizâncio, Lisboa. 2014

The Scottish Government (2008) – The early years Framework, Edinburgh: COSLA. The Scottish Government

Tsui, E.; Cho, M.; Freudenberg, N. (2013) – Methods for community-based participatory policy work to improve food environments in New York City. In: Israel et al. (edit.) . Methods for Community-Based Participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass. 517-545.

WHO Europe – European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. In Sixty-second session of the Regional Committee for Europe. Malta, September 2012. Available at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf

WHO Europe (2013) – Health literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO Europe (2013) - Health systems for health and wealth in the context of Health 2020. Tallinn: WHO Regional Office for Europe.

WHO Europe (2013) - Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.