

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE

LIVRO BRANCO MINIASSEMBLEIAS DA SAÚDE” “A VOZ DO CIDADÃO”

Uma forma construtiva e dinâmica de participação comunitária para a criação de melhores políticas públicas



ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	4
INTRODUÇÃO.....	6
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
METODOLOGIA.....	22
RESULTADOS.....	25
1º MINIASSEMBLEIA: PESSOAS MIGRANTES	25
O QUE DESEJAM AS PESSOAS MIGRANTES?	29
.....	37
2º MINIASSEMBLEIA: PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	38
O QUE DESEJAM AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?	38
3º MINIASSEMBLEIA: OS JOVENS	42
O QUE DESEJAM OS JOVENS?	42
.....	64
4º MINIASSEMBLEIA: PESSOAS IDOSAS	65
O QUE DESEJAM AS PESSOAS IDOSAS?	66
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
AS PESSOAS MIGRANTES	75
AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	78
OS JOVENS	80
AS PESSOAS IDOSAS	85
DADOS PORTUGAL	95
CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	97

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE

Coordenação e autoria

Cristina Vaz de Almeida

Co-autoria

Cecília Nunes

Fayga Keller

Vânia Lima

Revisão

Fayga keller

Editor

SOCIEDADE PORTUGUESA DE LITERACIA EM SAÚDE [SPLS]

ISBN

978-989-35724-0-5; [Título: Livro Branco MiniAssembleias da Saúde “A Voz do Cidadão”]; [Autor: Cristina Vaz de Almeida]; [Co-autor(es): Cecília Nunes + Fayga Keller + Vânia Lima]; [Suporte: Eletrónico]; [Formato: PDF / PDF/A]

Citação

Vaz de Almeida, C, Nunes, C., Lima, V., & Keller, F. (2024). Livro branco Miniassembleias da saúde. A voz do cidadão. Uma forma construtiva e dinâmica de participação comunitária para a criação de melhores políticas públicas. Sociedade Portuguesa de Literacia em saúde. ISBN

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos institucionais

Associação Portuguesa de Jovens Farmacêuticos

Câmara Municipal de Oeiras

Casa Animada - Universidade Sénior

Centro Nuno Belmar Da Costa

Fórum Refúgio

Fundação Aga Khan

NIALP –Intercultural Association

Nova Atena – Universidade Sénior

Observatório da Saúde dos Povos

Universidade Atlântica

Agradecimentos individuais

Artur Morais

Alexander Kpatue

Ana Pires

Cecília Minas-Curas

Cecilia Nunes

Centro Nuno Belmar Da Costa

Cláudia Amador

Cremilde Simões

Dafine Andrade

Diana Fernandes

Dulce Duarte

Fernanda Alves

Fernando Coutinho

Graça Madeira Costa

Gracinda Gonçalves

Diogo Martins

Idrissa

Joana Cardoso

Kamal Bhattarai

Luisa Nogueira

Mamadu Djaló

Manuela Soares

Manuma Bhattarai

Marcia Monteiro

Marcio Pereira

Maria Augusta António

Maria José

Melat Sayefa

Miguel Vieira

Mihaela Gruia

Milan kunwar

Mohamed Mohomed

Patrícia Martins

Paula Mouta

Rui Fonseca

Sachita Gautan

Sezal Dahal

Sona Bhattarai

Soraia Coutinho

SoramBhattarai

Soraya Coutinho

Susana Ramos

Vera Fernandes



SOCIEDADE PORTUGUESA DE LITERACIA EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

Ouvir e registar o ciclo de vida e criar sinergias para as políticas públicas locais de saúde na promoção de comunidades mais saudáveis

A **Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS)**, em parceria com os Municípios Portugueses, e em particular, neste relatório, organizou no final de 2022 e início de 2023, com o Município de Oeiras, um conjunto de **“Mini- Assembleias da Saúde”** com o objetivo de **replicar o direito e o dever de cidadania dos cidadãos a pronunciarem-se** (Constituição da República Portuguesa, artº 2 e artº 9).

Devemos agradecer a todos os participantes, e em particular a algumas pessoas que nos permitiram realizar nos seus espaços e com o excelente apoio.

A porta inicial desta intervenção foi aberta pelo Município de Oeiras, que disponibilizou o Auditório Maestro César Batalha, em Oeiras.

Foram ainda realizadas miniassembleias em Universidades Sêniores, com a autorização e forte participação dos seus coordenadores/presidentes, na Casa Animada, em Queluz, com a Dr^a Felisbela Mendes e na Nova Atena, em Linda a Velha, com o Prof. Luis Santos, o farmacêutico, Dr. Rodrigo Carrera, com o apoio da Ordem dos Farmacêuticos.

Agradecer à Associação Portuguesa de Jovens Farmacêuticos [APJF] e à sua presidente (na altura da realização destas miniassembleias), Dr^a Sara Marques, cujos membros participaram com muito entusiasmo na Miniassembleia para Jovens.

Agradecer ainda às técnicas do Município de Oeiras, Dr^a Ana Neres, Dr^a Joana Fernandes, Dr^a Joana Coroa, Dr^a Ana Almeida e, em particular, à Vereadora Dr^a Teresa Bacelar, que autorizou esta intervenção comunitária e o processo de execução e cedência no Auditório Maestro César Batalha.

A todos eles o nosso especial agradecimento pela disponibilidade e compreensão da importância destes encontros. Tratou-se de um trabalho em rede, que fez justiça aos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS 17).

Nestas “Miniassembleias da Saúde” foram debatidas questões de saúde e de bem-estar com a **matriz da literacia em saúde**, isto é, incidindo nas dimensões do acesso, compreensão e uso dos recursos de saúde, navegabilidade no sistema, tomada de decisões em saúde no *continuum* da vida e bem-estar destas populações aqui representadas.

O incremento das dimensões da literacia em saúde, e a ação subsequente de decisões tomadas de uma forma mais responsável, consciente e participativa, são as propostas de base destas “Mini-Assembleias da Saúde”.

Com a sua realização, os seus promotores – SPLS e Municípios, pretende-se que estas “Miniassembleias da Saúde” que replicam o espaço público de debate, sejam **ativadoras de um maior civismo participativo**, envolvendo as dimensões humanas da conexão social, fomentando a multiculturalidade, a visão inter e multidisciplinar e a promoção de comunidades mais saudáveis.

Estas práticas ativas de literacia em saúde, ajudam na reflexão mais aprofundada, criteriosa da “voz do cidadão”, que dão um verdadeiro suporte na construção, ou na expectativa de reforço dos seus destinos, articulando as vozes individuais com as vozes da comunidade onde se integram.

Estas “vozes” servem de modo efetivo para que os decisores possam ir ao encontro do que é significativo e valorizado pelas pessoas dentro das comunidades.

Este projeto da SPLS – MINIASSEMBLEIAS DA SAÚDE - está estruturado para **funcionar em rede**, combinando as **parcerias locais com o capital intelectual** desta sociedade científica que estatutariamente prevê o investimento no aumento da literacia em saúde dos cidadãos.

Neste sentido, todo o projeto “Miniassembleias da saúde” é para ser **construído com as forças municipais, criando um lastro de boas práticas a serem reproduzidas por outras comunidades, sendo partilhadas em vários materiais audiovisuais, gráficos, escritos, sejam impressos ou digitais.**

O resultado pretendido é uma maior ativação das populações locais, que, ao partilharem ideias, as exporem, debaterem entre elas, possam gerar mais conhecimento e ação, com reflexos positivos e construtivos nas suas comunidades.

Assim esperamos que este projeto prossiga com mais autarquias conscientes envolvidas, com mais vozes que precisamos ouvir e centradas no cidadão.

Este é o caminho de uma maior literacia em saúde.

A literacia em saúde salva-vidas.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE LITERACIA EM SAÚDE

Cristina Vaz de Almeida, Presidente da SPLS – Coordenação e execução do relatório, com o apoio de:

Cecília Nunes, Presidente da Comissão de Ética da SPLS (até abril 2024)

Vânia Lima, Diretora de Comunicação da SPLS

Fayga Keller, Membro da SPLS

OBJETIVOS, METODOLOGIAS E VANTAGENS DAS MINIASSEMBLEIAS DA SAÚDE



SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE





Globalmente, os esforços para envolver pacientes e cidadãos na tomada de decisões no campo da saúde estão bem estabelecidos em uma série de questões na prestação de cuidados de saúde e saúde pública (Kahssay & Oakley 1999; OMS 1978).

Essa amplitude fica evidente no trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978) que se refere ao compromisso no contexto dos cuidados primários e da saúde pública.

A necessidade de cuidados centrados na pessoa é um tema central na Declaração de Alma-Ata de 1978, que afirma: “As pessoas têm o direito

e o dever de participar individual e coletivamente no planeamento e implementação de seus cuidados de saúde” (OMS 1978).

A importância do envolvimento público para melhorias sustentáveis na saúde pública é promovida em vários documentos da OMS, incluindo a Carta de Ottawa (OMS 1986), a Declaração de Sundsvall sobre Ambientes de Apoio à Saúde (OMS 1991) e iniciativas sobre questões específicas de saúde, incluindo a malária (OMS 2002) e a tuberculose (TB) (OMS 2012; Williamson, 2014).

A prática participativa do cidadão em políticas públicas em saúde “é um conceito atual legitimado nas recomendações para políticas de saúde descritas em documentos e publicações recentes” (Kujawa et al., 2023, p. 1,) debatida em diversos países pelo mundo.

O conceito desta prática participativa do cidadão, visa o desafio da **participação em saúde do cidadão para a consolidação dos sistemas de saúde** (2023, p. 3), sendo “considerado um elemento crítico de programas de saúde bem-sucedidos para alcançar os objetivos de “saúde para todos” (Yuan et al., 2021, p.1), e é elementar para “as estratégias nacionais na promoção em saúde” (Milton, et al., 2011, p. 316).

Esta ativa participação do cidadão é indicada em diversos estudos como um grande precursor “**na redução das desigualdades, na melhoria da justiça social**, no aumento dos benefícios e na partilha de

responsabilidades em relação à saúde pública” (Yuan et al., 2021, p. 1).

No sentido de uma boa governança a serviço de uma sociedade mais confiante, o Estado deve trabalhar a relação com a sociedade civil elaborando assim canais de escuta que possa promover a “cidadania ativa através da institucionalização da participação cidadã nas decisões do governo” (Serapioni, 2014, p. 4836).

Face a este panorama, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2022) cita a importância da criação do **espaço cívico como um pilar de democracias sólidas**.

O que se entende por Espaço cívico?

“O espaço cívico é definido como “o conjunto de condições legais, políticas, institucionais e práticas necessárias para que os atores não governamentais tenham acesso à informação, se expressem, se associem, se organizem e participem na vida pública”

(OCDE, 2022, p. 16)

Estes espaços cívicos são fortes auxiliadores no suporte das chamadas “liberdades cívicas, e **promovem oportunidades** substanciais para o envolvimento cívico” OCDE, (2022, p.16).

Os países que trabalham para promover o espaço cívico colherão muitos proventos ao centralizar os serviços e as políticas públicas com as necessidades do cidadão, **amplificando assim a união social** (OCDE, 2022).

Acredita-se que serão promovidas tanto uma melhoria do serviço prestado à sociedade, como ainda se contribuirá para a **construção de uma sociedade civil mais capacitada e inclusiva** (OCDE, 2022. pp. 16 e 17).

Observa-se que há um maior apelo nas agendas de políticas mundiais para uma maior participação dos cidadãos nas políticas públicas, sobretudo “nos processos de **tomada de decisão em saúde**” (Serapioni & Matos, 2014, p.1) e considerado como o constituinte essencial para “uma **forma mais justa de democracia**” (2014, p. 1).

Para uma maior adequação do sistema e das políticas de saúde, o **Conselho Nacional de Saúde** português (CNS, 2020) afirma que o envolvimento dos cidadãos e das comunidades em políticas públicas e em programas de saúde (nacionais, regionais ou locais) é fundamental para uma **maior igualdade em saúde**.

O CNS (2020) acrescenta ainda que os cidadãos “devem ser envolvidos em todas as etapas, desde a identificação dos problemas de saúde, passando pela definição de prioridades, até à avaliação” (CNS, 2020, p. 4).

A clara **auscultação, o envolvimento e a avaliação do cidadão** nas tomadas de decisão da saúde pública “permitem que os seus problemas e as suas causas sejam mais bem identificados” (CNS, 2020, p. 5), e assim partilham junto com o poder público “o poder e a responsabilidade”, promovendo “coesão e transparência” (CNS, 2020, p. 5).

Naturalmente que, com a participação efetiva da sociedade, as políticas se “tornarão mais responsivas às necessidades da população” (Coelho, 2007, p. 78).

Nos seus estudos, Coelho (2007) informa sobre a experiência brasileira dos Conselhos Gestores de Políticas. O “Estudo de caso da avaliação de 31 Conselhos Locais de Saúde das subprefeituras da cidade de São Paulo- Brasil”, apontou uma boa adesão ao processo da “participação social, de associativismo popular e de cidadãos dispostos a participar nas políticas pública de saúde” demonstrando um certo “conhecimento sobre como organizar instituições participativas” (Coelho, 2007, p. 91).

A investigadora (Coelho, 2007) indica que os Conselhos “são os mecanismos mais importantes de participação existentes no Brasil” (p. 78). Esses conselhos estão integrados em amplas áreas de atuação pública tais como: políticas de saúde, educação, meio ambiente e entre outras áreas por todo o país (2007, p. 78).

Na definição de políticas públicas e monitorização das suas implementações, estes conselhos criam foros junto ao cidadão, prestadores de serviços e governo, para trabalharem em conjunto (Coelho, 2007, p. 78).

Esses foros de debate do cidadão podem ser cruciais para os cidadãos menos privilegiados darem a sua voz e ser significativa na definição das políticas públicas (Abers, 2001; Coelho, 2007).

Num cenário comparativo entre a participação social na saúde pública, Barnes e Coelho (2009) fazem uma análise comparativa entre Brasil e Inglaterra.

As investigadoras (Barnes & Coelho, 2009) assinalam que as “**origens democráticas de participação pública** são mais evidentes na situação brasileira do que em Inglaterra” (2009, p. 226), sendo que este último país tem um “quadro mais diversificado e dinâmico” (2009, p. 226), porém o Brasil tem um **poder formal de tomada de decisão** dos foros participativos em políticas públicas (2009).

No Brasil há uma sucessão de oportunidades de participação que é indubitavelmente mais limitada do que em Inglaterra, baseados nos **princípios de representação e de responsabilização** (2009). Na Inglaterra “nenhum dos mecanismos de envolvimento concede ao público o grau de poder de decisão disponível aos Conselhos de Saúde no Brasil” (p. 233, 2009).

Em Portugal, a participação pública é reconhecida e amparada pela Constituição da República Portuguesa. Cabe ao Estado o “aprofundamento da democracia participativa” (Artigo 2.º da Constituição da República Portuguesa) e “assegurar e incentivar a participação democrática dos cidadãos na resolução dos problemas nacionais” (Alínea c) do artigo 9.º da Constituição da República Portuguesa).

Em suma, a Constituição assegura aos seus cidadãos que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover “(n.º 1 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa) e que o “serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada” (n.º 2 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa).

Criar uma participação social mais ativa na saúde pública não é uma tarefa fácil, pois exige que os cidadãos se sintam conectados com as decisões que estão a ser tomadas (Scutchfield et al., 2004).

Para que o **cidadão se sinta próximo as decisões** sobre as melhorias das políticas pública em saúde, os profissionais devem estar preparados a orientá-los nesse processo, pois a capacidade da comunidade para uma melhor saúde será mais eficaz se a **comunidade se apropriar do diálogo local e se sentir ligada as resoluções em pauta** (Scutchfield et al., 2004, pp. 197 e 198).

No contexto português, nota-se que são precisos “mais espaços, plurais, capazes de albergar possibilidades de participação de cariz mais universal, de todos os cidadãos, em espaços deliberativos em saúde” (Crisóstomo & Santos, 2018, p. 179).

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE





Para a execução das miniassembleias, foi utilizada a **técnica de grupo nominal como forma de reunir as dinâmicas de grupos de trabalho** para partilha de ideias e de sugestões relativas à sua saúde, ao que cada um sente em relação aos serviços de saúde e à navegabilidade no sistema.

Feita a introdução dos objetivos aos participantes da miniassembleia, de forma oral e sintética, é apresentada inicialmente a os grupos uma lista de palavras impressas relacionadas com “saúde” para que sirvam de base às suas ideias e propostas. Esta lista de palavras não é adjetivada, servindo apenas como orientação para estímulo de atividade mental e início do debate.

Depois de debatidas as ideias em cada grupo, é eleito um orador que faz a exposição da sua discussão como se tratasse de uma verdadeira “assembleia” e do seu representante (o deputado eleito pelos pares).

As propostas são descritas e registada num painel de forma sequencial (todas são importantes ou nenhuma é mais importante do que a outra), seguindo a técnica de grupo nominal.

Cada uma das propostas é votada individualmente pelo processo de “mão no ar”, uma a uma.

As cinco (N=5) mais votadas são registadas.

Este relatório apresenta as ideias propostas apresentadas e depois as mais votadas.

Destas propostas acreditamos que os municípios e os seus decisores possam refletir para implementação de alguma (algumas).

Todas são importantes e por isso registadas como parte integrante deste livro branco.

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE



RESULTADOS

1º MINIASSEMBLEIA: PESSOAS MIGRANTES

22 outubro 2022 – Auditório César Batalha, Oeiras

PARTICIPANTES

1º grupo	2º grupo	3º grupo	4º grupo	5º grupo
Kamal Bhattarai Milan kunwar Sachita Gautan Manuma Bhattarai	Diana Fernandes Soraia Coutinho Márcia Monteiro Vera Fernandes	Fernanda Alves Cecília Minas- Curas Mihaela Gruia Manuela Soares Paula Mouta	Alexander kpatue Mohamed Mohomed Melat Sayefa Márcio Pereira	Sona Bhattarai Sezal Dahal SoramBhattarai Ana Pires

Participação da fundação Aga Khan, Fórum Refúgio, Observatório da Saúde dos Povos, NIALP –Intercultural Association (autorização de publicação e referência aos nomes).

AS PESSOAS MIGRANTES

Quando questionados sobre “o que representa para si ter saúde” as expressões mais usadas pelos participantes foram as seguintes:

- Saúde é tudo.
- Ser saudável é o mais importante fator da vida.
- É uma das coisas mais importantes.
- Todos devemos ter acesso e a custo reduzido.
- A temática da saúde é muito importante e devemos ter respostas. É preciso boas práticas e que possam ser implementadas de fato.
- As questões do acesso ao serviço não estão disponíveis.
- Se temos pessoas saudáveis temos mais felicidade, o acesso à saúde é o mais importante.
- Um ser humano sem saúde não tem nada. A pessoa quer saúde. Saúde é tudo. Prefiro não ter nada, mas ter saúde. Todos os que estamos aqui precisamos de valorizar a saúde. Ter 2 pernas.
- É preciso valorizarmos o que temos. No caso de imigrantes sem cartão de utente ou de residente, é muito difícil. Os profissionais de saúde devem tratar bem os utentes/ pessoas, pois só vamos

ao centro de saúde quando não estamos bem, e por isso precisamos de atenção como seres humanos que somos.

- Por vezes, vivemos muitos anos em Portugal e não estamos inscritos em centro de saúde e não temos médico de família.

De todas a propostas apresentadas pelos representantes de Migrantes, as 5 mais votadas foram:

1. **Linha de saúde 25;**
2. **Cartão provisório de utente;**
3. **Informação simplificada;**
4. **Desconto para o medicamento;**
5. **Parcerias com várias entidades.**

Da discussão dos vários grupos – MIGRANTES - saíram propostas sobre as mais variadas necessidades em saúde. Elencam-se aqui o conjunto de propostas, das que foram retirados as cinco mais votadas no final da miniassembleia.

Propostas apresentadas pela Miniassembleias de Migrantes



O QUE DESEJAM AS PESSOAS MIGRANTES?

SOLUÇÕES DIGITAIS PARA UM MELHOR SERVIÇO ENTRE A JUVENTUDE

As soluções digitais devem ser acessíveis, através da internet, para disseminar informações de forma acessível e não ter de esperar nas filas do hospital ou do centro de saúde. Acesso imediato a uma resposta. Em caso de emergência haver também forma de obter resposta através da internet, com tradução para várias línguas (por exemplo a língua nepalesa tem mais de 30.000 pessoas que vivem no centro de lisboa).

PLATAFORMA PARA A SAÚDE MENTAL PARA OS JOVENS

Nem todos os jovens estão confortáveis em falar sobre a sua saúde mental “ cara a cara” com o profissional de saúde. Uma plataforma disponível para avaliar os sintomas, prevenção e medidas pode ser uma grande ajuda.

ACESSO AS CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Consultas especializadas para pessoas com problemas especiais e que precisam tratamentos mais especializados, como por exemplo pessoas com epilepsia.

MELHOR ATENDIMENTO TELEFÓNICO NOS CENTROS DE SAÚDE

Melhorar este serviço para o contacto exterior. Não ter tanta espera quando se faz uma ligação – conseguir o contato e uma resposta de conforto e de orientação.

RELAÇÃO DE COMUNICAÇÃO MÉDICO – DOENTE - EXPLICAR MELHOR SOBRE O PROCESSO DE DOENÇA, PARA VIVER E COMPREENDER A DOENÇA NO DIA-A-DIA

Os profissionais de saúde deviam saber falar outras línguas para apoiar os estrangeiros, ou então haver tradutores disponíveis para facilitar a comunicação.

MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E OS UTENTES É ESSENCIAL

Existe neste campo, uma lacuna que foi identificada por um dos grupos de trabalho e que tem a ver com as consultas onde estão presentes dos cuidadores e a criança ou jovem. A opinião é de que o médico deve explicar o problema ao jovem (e à criança que tenha já algum discernimento) e não apenas aos pais. Envolver desde cedo as crianças e jovens no seu processo de saúde parece ser o caminho e a vontade deste grupo que fez esta proposta.

OS PROFISSIONAIS DEVEM MELHORAR A SUA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL – IDENTIFICADA COMO “LINGUAGEM CORPORAL”

Se tivermos uma linguagem básica é mais fácil. É importante traduzir a linguagem técnica. Sabemos que, muitas vezes, as pessoas sentem vergonha para falar sobre o seu problema.

“Sinto vergonha em falar no meu problema”

MAIS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

O problema pode não ser só o que o médico refere. Queremos saber mais sobre o problema. Os meios complementares de diagnóstico são auxiliares a esse trabalho

ACESSO A SAÚDE DO IMIGRANTE IRREGULAR – É PRECISO SEREM OUVIDOS

Vêm de outros países, têm algumas doenças e precisam de ter respostas. O contributo de todos nós melhora os resultados. (Trabalhar em grupos tem melhores resultados). Temos de fazer sentir confortável e seguro o migrante irregular para que possa aceder e fazer rastreios e ter a sua saúde vigiada.

ATENDIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE MAIS FACILITADO AO CIDADÃO QUE ESTÁ EM SITUAÇÃO IRREGULAR

Um obstáculo é o cartão de utente – O cidadão que está irregular e não tem ainda o cartão/ número de utente, e de ainda assim ter acesso ao centro de saúde.

RASTREIOS GRATUITOS ATRAVÉS DAS CÂMARAS

Seria útil envolver e fazer protocolos com as associações de doentes para que pudesse participar no processo (mas sujeita um maior financiamento para este trabalho comunitário).

INFORMAÇÃO MAIS SIMPLIFICADA

A informação deve ser mais clara para se poder entender. Não usar as palavras técnicas.

AUMENTAR A COMPREENSÃO DIGITAL NAS UNIDADES DE SAÚDE (SOBRETUDO COM CASOS DE URGÊNCIA)

Neste caso, as pessoas que fazem atendimento nos centros de saúde podem fazer a ponte e haver uma ligação mais forte com as associações ligadas aos migrantes.

FOMENTAR ALGUMAS PARCERIAS ENTRE AS ASSOCIAÇÕES E AS CLÍNICAS PRIVADAS DE SAÚDE

Pressupõe que se possa aplicar uma taxa única de apoio social, para que essas pessoas com baixos recursos não paguem serviços dispendiosos.

ACORDOS MAIS FACILITADORES COM FARMÁCIAS

Negociar com as farmácias um valor mais em conta para a aquisição de medicação. Por associações, para empresas, ou entidades que prestem serviços às comunidades.

COMPRA DE MEDICAMENTOS EM MONODOSES

A afirmação é a seguinte: *“Como migrantes, se não tivermos dinheiro não conseguimos comprar os medicamentos”*. Deveria haver um sistema de apoio para a aquisição de medicação. Poderia eventualmente criar-se um sistema monodose ou de pequenas quantidades, tais como as farmácias hospitalares.

CARTÃO DE UTENTE PROVISÓRIO PARA TER DIREITO A ASSISTÊNCIA MÉDICA

O processo de legalização das pessoas migrantes demora mais de um ano, essas pessoas não têm médico de família e precisam muitas vezes de cuidados de saúde mais regulares, e não há recursos às urgências. Se o cidadão nacional tem dificuldade, o migrante que não está legalizado tem muito mais dificuldade. x

CRIAÇÃO DE UMA LINHA TELEFÓNICA - SAÚDE 25

Para apoio as pessoas com situação irregular, em vez de ser a saúde 24 (telefone) qualquer imigrante que não tem documentos, teria acesso à saúde se usasse esta linha.

PENSAR EM ALGUM DESCONTO, SOBRETUDO PARA OS QUE SÃO MIGRANTES E NÃO TÊM DINHEIRO.

Entre a comida, o pagamento de casa e os medicamentos, não sobra dinheiro. E é preciso escolher.

O SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL É MUITO LENTO.

A afirmação de um dos grupos se referiu que: *“Se a pessoa está muito doente para ter acesso a uma consulta que demora 6 meses ou mais põe em risco a sua saúde. Há muita burocracia. Os processos são pouco claros, e não se sabe o que é necessário apresentar no que diz respeito a documentação”.*

OS SITES TÊM MUITA INFORMAÇÃO E AS PESSOAS, SOBRETUDO AS QUE NÃO FALAM PORTUGUÊS, FICAM /SENTEM-SE PERDIDAS

A informação em letras minúsculas dificulta a compreensão. A informação deve ser bem explicada. Ter mais idiomas, nem que sejam resumidos.

Links de acesso fáceis de navegar. Ajudar na navegabilidade no sistema de saúde. Ter orientações fáceis de compreender (sinalética, tradutores, voluntários).

A BOA RELAÇÃO TERAPÊUTICA E A EMPATIA SÃO ESSENCIAIS PARA A CRIAÇÃO DE CONFIANÇA E ADESÃO

A pessoa doente ou com problemas de saúde encontra-se numa situação muito vulnerável. A pessoa precisa de ser tratada com empatia. Muitas vezes a pessoa estrangeira não é bem tratada e pensam que por ser estrangeira pode ser maltratada. As dúvidas que temos. Se temos alguém com saúde mental debilitada, por vezes não querem falar de imediato com o psicólogo. Poderia haver “Mediadores”, entre os pares que pudessem ouvir estas pessoas. As associações de migrantes fazem muitas vezes estes papéis de triagem de pontes.

É PRECISO EXPLICAR PARA QUE SERVIÇOS AS PESSOAS VÃO SER ENCAMINHADAS

Muitas vezes há desconhecimento muito grande sobre a navegabilidade da pessoa no sistema de saúde: “*É para o hospital ou é para o centro de saúde?*”. Este maior apoio a navegabilidade seria facilitar para todos, profissionais, utentes e suas famílias, e para o sistema de saúde.

MAIS ATENÇÃO AS QUESTÕES DA ALIMENTAÇÃO E ÀS CULTURAIS

É preciso que os profissionais das várias áreas de saúde aprendam e desenvolvam competências culturais e sobre a alimentação das populações migrantes, para conhecerem algumas limitações que fazem parte das culturas (por ex. a limitação do consumo de carne de porco).

CRIAR UMA “OUVIDORIA” DE SAÚDE NAS AUTARQUIAS

Ouvir é preciso. Saber ouvir de forma institucional tem vantagens. Estas miniassembleias são formas de ouvir as pessoas. Ter alguém que possa ouvir as pessoas no dia-a-dia. Sem pressas, com atenção essencial e fazer ponte com as associações de migrantes.

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE



2º MINIASSEMBLEIA: PESSOAS COM DEFICIÊNCIA O QUE DESEJAM AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?

BOMBEIROS – ATRASOS MUITO SIGNIFICATIVOS.

Esperas muito grandes. A solução passa por haver mais ambulâncias para cadeiras de rodas e adequadas a cada caso.

PROTOCOLO COM MAIS CORPORAÇÕES DE BOMBEIROS

Transporte da área de residência e não aquela que dá mais lucro.

MAIS PARCERIAS COM AS EMPRESAS DE MATERIAIS DE APOIO

Quando vão aos hospitais não há guias de transferência para sair da cadeira para a marquesa– parcerias que possam colaborar com produtos de apoio.

FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS DE SAÚDE

Médicos falarem com a pessoa com deficiência e não com o acompanhante. Formação para comunicar melhor e compreender, por exemplo, a paralisia cerebral.

FORMAÇÃO NAS PRÓPRIAS FACULDADES

Dar formação aos novos enfermeiros e médicos. Os cursos de saúde deveriam abordar a área da deficiência

TER ASSISTENTES ESPECIALIZADOS

Para aceder aos serviços de urgência e acompanhamento feito do início ao fim, por exemplo de uma pessoa cega. Deveria ter alguém na receção que fizesse o *check in* que acompanhasse desde a triagem até aos exames.

CRIAÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Com todas as informações que a pessoa com deficiência tem necessidade, de serviços, produtos de apoio, etc. Compilar num guia todas as informações para a pessoa ter uma vida normal.

Esse manual deve fazer parte da formação dos profissionais de saúde para que os próprios profissionais saibam onde recorrer.

TORNAR OS PRODUTOS DE APOIO MAIS ACESSÍVEIS

Por exemplo meias de compressão. Estas não fazem parte das listagens de material de apoio à pessoa com deficiência, mas são muito precisas. O sugerimos aumento das listagens, mas também das entidades prescritoras.

CONTRATAR MAIS MÉDICOS E EQUIPAS DE SAÚDE

São precisos mais profissionais de saúde. Mas para atender a pessoa com deficiência é preciso capacitar equipas, formação mais inclusiva que leve em consideração todas as pessoas, incluindo migrantes.

Haver pessoas responsáveis pela gestão dos locais ligados à pessoa com deficiência

Formação específica para atender as pessoas com deficiência. Responsáveis que façam as pontes e a articulação com outros serviços de saúde, e outras áreas.

Colocação de uma pulseira electrónica com identificação para fins de segurança

A pessoa andar na rua mais tranquila. Carregar na pulseira electrónica mais informação sobre a deficiência que a pessoa tem e como proceder em caso de emergência.

ACESSIBILIDADE DOS LOCAIS

Características dos próprios sítios que podem ser melhoradas. Além das rampas, o ambiente dos locais para acolher as pessoas com necessidades especiais (exemplo do autista).

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE



3º MINIASSEMBLEIA: OS JOVENS

O QUE DESEJAM OS JOVENS?

PALAVRAS DISPONIBILIZADAS AOS PARTICIPANTES

Saúde, Desinformação, Prevenção, Acesso, Credibilidade, Fontes, Compreensão, Literacia em Saúde, *Fake news*, Escolhas, Motivos, Crenças, Consciência

O processo de audição foi o mesmo, usando a técnica de grupo nominal, e a seleção dos representantes que expuseram as vontades de cada grupo. São apresentadas as seguintes propostas pelos grupos de debate de **JOVENS** na área da **INFORMAÇÃO E DESINFORMAÇÃO**.

CAPITALIZAR AS REDES SOCIAIS, SUBAPROVEITADAS. ANÚNCIOS NO SPOTIFY, PRESENÇA NO TIKTOK

As redes devem ser aproveitadas para comunicar saúde, incluindo a rede de *tiktok*.

UTILIZAÇÃO DE INFLUENCERS COMO EMBAIXADORES DE LITERACIA EM SAÚDE

Os bons *influencers* (há médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros) devem ser aproveitados para melhorar a comunicação em saúde.

DESENVOLVIMENTO DE PARCERIAS ESTRATÉGIAS COM ASSOCIAÇÕES DE ESTUDANTES E JUVENIS PARA CRIAR UMA POOL

A DGS deve abordar as associações de estudantes e de jovens profissionais para criar plataformas comuns para chegar a população local.

CONSTRUIR UM INQUÉRITO AOS JOVENS A NÍVEL NACIONAL SOBRE LITERACIA EM SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO COM O OBJETIVO DE IDENTIFICAR NECESSIDADES E MONITORIZAR

Os inquéritos podem ser cocriados com estes jovens que estão nas áreas da saúde para poderem ir ao encontro das suas necessidades e preocupações



INVESTIMENTO NA SAÚDE MENTAL

O acesso de apoio psicológico, a desmistificação do estigma associado a saúde mental. Trabalhar mais as questões dos estigmas, medos, emoções e suicídio.

COMPRA DE MEDICAMENTOS NA INTERNET

Fazer uma vigilância muito mais apertada sobre os produtos não controlados e que trazem enormes riscos à saúde da população.

TRAZER OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AS ESCOLAS

Profissionais devem lecionar conteúdos de saúde dentro das escolas (exemplo no ensino secundário), seja através de seminários, palestras, encontros. Implica uma abertura maior das escolas, professores são recetivos.

CAPACITAÇÃO DAS EQUIPAS EDITORIAIS E DE ASSESSORIA DE IMPRENSA DEDICADAS A QUESTÕES DA SAÚDE

Depende das faixas etárias. Existe uma lei que obriga que a escola tenha saúde sexual. Tem, mas muitas vezes método expositivo.

Drogas – estudantes disseram que faziam consumo, só após o docente ter saído da sala. Ter pessoas diferentes a expor estas questões.

Os jovens não querem ser julgados quanto a temas como Educação sexual.

Na perceção com os jovens estas apresentações são limitadas e fica pela apresentação de anticoncepcionais ou da biologia. Estas intervenções estão muito formatadas, e têm de ser, necessariamente de outra maneira para surtirem resultados mais positivos.

Afirmações durante a Miniassembleia dos Jovens

- **É preciso que os jovens estejam mais a vontade que se sintam mais livres.**
- **É preciso desenvolver as competências socio emocionais dos jovens.**
- **É necessário ter métodos em que os jovens participem.**

Quando pomos população a participar com metodologias ativas, expõem as suas crenças mais facilmente. Em função dos seus interesses e motivações.

Não se deve contradizer a crença, mas esclarecer essas crenças.

Quando se trabalha com várias metodologias, visual, auditiva, e trabalhar a comunicação. Uma ferramenta disponível é a comunicação.

E que ferramentas? O professor muitas vezes não tem essas ferramentas. Os jovens são mais digitais. Houve quem comentasse o seguinte: *“A minha filha grava os vídeos com a matéria e depois ouve-se e vê os vídeos”*

Também é preciso comunicar interpares. A componente afetiva é muito importante, assim como integrar as competências socio emocionais a começar logo no pré-escolar.

“O que fica connosco são as emoções”.

Storytelling é também uma comunicação interpares.

O potencial de resultado é evidenciado no suporte interpares.

Pode ser usada a narrativa – storytelling - para os diferentes temas.

Uma geração mais jovem tem um código diferente.

As metodologias, mesmo com idades diferentes permitem as partilhas das nossas histórias e vivência.

SESSÕES COM OS JOVENS

Neste processo de comunicação com os jovens, é preciso que os especialistas não assumam uma postura de quem sabe tudo, mas de aprendizagem contínua. Mesmo que os conteúdos tenham a necessária validade e credibilidade, as outras pessoas têm muito para partilhar.

Nestes processos de lidar com jovens, foi aconselhado que o motivador, professor, tutor, vá e atue “como um aprendiz” . Foi comentada a diferença existente em cada um de nós. Quem recebe a informação também pode capacitar o capacitador. Há aqui uma relação biunívoca, pluridirecional também.

DESENVOLVER MAIS AS COMPONENTES DA ARTE

É muito favorável trabalhar este campo da arte como fator de comunicação em saúde e de mudança de comportamentos. Pode passar pela construção de vídeos, partilha de histórias. Melhores estratégias para chegar a jovens e séniores. **Não basta o acesso à informação e pôr em prática – são precisas escolhas assertivas e esclarecidas.**

O acesso a informação é muito *peer to peer*. É preciso passar a mensagem. “*Eu relaciono-me com a pessoa*” através da poesia, da arte.

Risco – DST – doenças sexualmente transmissíveis – quais as perceções de risco que os jovens têm sobre estes temas? Quais os problemas (movimentos *freak*) que condicionam estas aprendizagens. É preciso por isso conhecer estes movimentos e tendências.

ENVOLVIMENTO DE MOVIMENTOS ASSOCIATIVOS LOCAIS



Criação de equipas de jovens profissionais na área da saúde – identificação de outras jovens para deteção de dependências. Identificar quais as pessoas em risco.

Estas pessoas estariam nas escolas, nos clubes desportivos, questões a debater por exemplo as relacionadas com o *doping*.

O combate ao estigma no campo da saúde mental deve ser sempre um ponto a destacar.

Implementação de ações locais sobre ideias de beleza – *botox* – alteração de padrões de beleza- muitos riscos associados.

Sempre houve, desde os anos 90 alguma polémica, sobre as modelos anoréticas, mais tarde tentou se alterar para um padrão de modelos mais realistas.

A pressão da perfeição continua a existir. Estar dentro de um padrão de perfeição. Para os jovens é mais difícil de compreender. Não têm ainda o Eu bem definido. E por isso é muito importante debater estas questões para que possam entender que não são essenciais estes padrões, mas sim a saúde é que é essencial.

É um papel muito importante. Profissionais de saúde mais jovens (feito em gabinetes de estética por exemplo). Por não terem a personalidade desenvolvida é que necessitam de maior vigilância e conversa de acordo com a idade.

É Preciso refletir também sobre o tipo de risco que se quer identificar - devem ser outros jovens a formar- devem ser “pares” ideal feminino – beleza mais impactante sobre as mulheres

As mulheres são muito mais pressionadas pelas marcas - ideal de beleza – Se a *influencer* diz “recomenda”, os jovens querem seguir essa ideia de beleza ter a certeza que as informações que passam e uma informação real.

Vacinação durante a COVID 19 – gerou muita infodemia – os movimentos anti-vacina – colocavam em cima da mesa estudos científicos – teremos sempre estudos – não vamos capacitar os jovens somente com esta informação científica ou através dos estudos científicos. A pessoa se quiser vai a internet e pesquisa o que desejar (algoritmos) .



É preciso arranjar formas mais eficazes de comunicar com os jovens sobre estes temas.



Caraterizar a população.

Diagnóstico - saber previamente quem são os destinatários e as questões

É importante em primeiro lugar, saber quem temos à nossa frente?

Que crenças tem as pessoas que tipo de hábitos?

Onde vão buscar a informação.

É preciso caracterizar os perfis das pessoas.

Sé depois de caracterizar é que conseguimos desenvolver ações e políticas de saúde eficazes para as pessoas.

Tentar perceber uma abordagem para chegar as pessoas. Centros de saúde, *outdoors* das câmaras e outras formas de comunicação.

Na população é preciso perceber os *sites* que utilizam e que serviços são usados. E perceber que meios. Optar por estilo de vida saudável.

É conveniente perceber de que forma os centros de saúde (proximidade) melhoram o seu serviço. Há uma descredibilização entre os jovens porque funcionam mal, não têm uma linguagem que vá ao encontro dos jovens e nem horários compatíveis com a necessidade destes jovens.

HORÁRIOS

O horário. Quer sejam alunos ou profissionais não têm um horário amigável. O fato de funcionar mal e não conseguir ser atendido gera incompatibilidade.

SER DIGITAL

Por outro lado, uma unidade de saúde de proximidade ser “zero digital” afasta os jovens. É essencial fazer esta mudança e ser digital, assim como os seus profissionais.

MAIS PARA PROMOÇÃO DO QUE PARA A DOENÇA

Ainda se associa ir ao médico quando se está doente e deve ser feita uma transição para uma maior associação a prevenção de doença e promoção da saúde.

RESPOSTAS RÁPIDAS. AS QUE O JOVEM NECESSITA NAQUELE MOMENTO

Quem estar capacitados rapidamente. O que é que os jovens querem? Que alguém lhes responda rapidamente às suas necessidades.

CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR. PARA QUE SERVEM?

Métodos contraceptivos – consultas promotoras, mas em algumas zonas funciona mal – não é o dia, funcional mal, a enfermeira não está. Quem tem possibilidade de pagar, vai aos serviços de saúde privado, mas provoca desigualdades. Não há médico de família na área. Experiência pessoal: famílias com filhos e mudaram de local e não tem apoio. Temos uma secretaria de estado da promoção da saúde – continua a faltar a prevenção, medir as estratégias na área da prevenção em larga escala e depois aplicar medidas micro a nível local.

Falta saber quando devemos ir ao médico, faz sentido ir todos os anos ao médico? Os médicos estão assoberbados, para eles nem faz sentido dar atenção a quem não tem nada.

A relação das pessoas com a saúde e com a doença.

Irem ao médico “não é uma coisa má”. É preciso fazer da saúde uma boa prática “sem medo” uma relação positiva com a saúde.

Check-ups dentários. Podem não ter de fazer anualmente os *check-ups* dentários. Tem de haver estratégias globais – o planeamento

familiar. Perceção não sendo ilimitado o orçamento – qual o plano de saúde para as jovens - se tiver alguma questão.

Exemplo: Prof. Vaz Carneiro fala num vídeo sobre os excessos de *check ups* – faz sentido fazer um *check up* anual? Em idade adulta – quando? Em que alturas? Elaboração e um plano para esta questão – avaliar os custos para o sistema de saúde. O que é um *check up* anual? Análises ao sangue. Raio X manual?

Perceber o que é a triagem (rastreios), não apenas nos grupos de risco. Não fazer por menos, trabalhar isso. Deve dar-se o que é necessário. Não é por os sistemas estar sobrecarregado, que não se devem fazer rastreios. As pessoas devem saber identificar algumas doenças (sintomas e as suas manifestações).

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO SAÚDE

Olhar para as farmácias como local central de transmissão de conhecimento– remunerar as farmácias que contribuam para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Nas regiões do interior, por vezes, a farmácia é o único local onde as pessoas passam e podem falar sobre saúde. Os municípios devem ter uma maior intervenção neste papel importante que as farmácias podem ter – administração individualizada de medicação.

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE JORNALISTAS

As notícias transmitidas com pouca credibilidade e os jornalistas podem não se aperceber que é uma fonte pouco fiável e reproduzirem de forma inconsciente estas informações supostamente credíveis. A formação de jornalistas na área da saúde é um campo que deve ser desenvolvido.

TEMPO DE ANTENA

Promover a legislação de tempo de antena para associações, sociedades, grupos – pessoas que comunicam bem (minuto verde).

Pessoas da área da saúde – mas preparar as pessoas para saberem falar uma linguagem acessível. Serem capacitadas – tempo de antena para as organizações do setor da saúde.

ENVOLVIMENTO DE ASSOCIAÇÕES DE DOENTES NA AVALIAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Um caminho que está a ser feito (INFARMED) mas é preciso ouvir, não quer dizer que se aceite tudo. É importante ouvir as associações de doentes em tomadas de decisão.

Normas de orientação clínica, em que é preciso de fato, ouvir as associações (doentes crónicos) para que os utentes adiram com mais facilidade.

GRUPO 4 – REPRESENTADO POR DIANA JORDÃO



ESCOLAS PROMOTORAS

DE EVENTOS DE SAÚDE E

DE BEM ESTAR

Deve existir uma forte e significativa aproximação às gerações mais novas. Medida alternativa – os eventos promotores de encontros, que juntem as escolas do

concelho.

Trazer as escolas a um evento para sensibilizar estas camadas mais jovens. Sensibilizar para a importância das fontes. Partilhar um filme no *tik tok* – e mais fácil.

Evento presencial serve para chegar as mensagens aos jovens de forma direta. A mobilização dos jovens, em particular os que estão em risco – parte dos professores também participarem e selecionarem para atividades de conexão, os jovens que já estão sensíveis, para que compreendam que há saídas e soluções.

Quando olhamos para as escolas, a abordagem de alguns conteúdos é muitas vezes impositiva, os que estão motivados permanecem

motivados, mas os que não estão podem considerar estes conteúdos “impostos” e não atrativos. As metodologias são importantes para pôr em comum a linguagem.

Neste sentido é preciso reunir nas escolas conjuntos de grupos diferentes para audição, no entanto, este processo tem de começar antes.

Os currículos são muito pesados. Ensina-se a mesma coisa, criando por vezes uma “aversão a escola”.

Implementação de métodos de ensino escolar não formais no combate a crenças e desinformação em saúde.

CRIAR EVENTOS DO INTERESSE DOS JOVENS – não os ensinar, mas serem eles a intervir também. Apoio do município e uma associação credível a ajudar a montar um evento deste tipo, temas importantes.

Existe ainda o potencial benéfico de criação de eventos que possam juntar a sociedade civil e os profissionais de saúde. Neste âmbito e de forma atualizada, a Sociedade Portuguesa de Literacia em saúde tem criado algumas intervenções comunitárias que preconizam a interação do cidadão com os profissionais de saúde.

O evento **RITMO** é um exemplo vivo desta ligação, através de uma boa experiência sensorial entre o cidadão, e as práticas de alimentação saudável, atividade física. Saúde, rastreios executados por profissionais das áreas da saúde.

A MANEIRA DE COMUNICAR É ESSENCIAL

A maneira de olhar e perceber a realidade. Como entendemos a realidade, seguindo a nossa sensibilidade.

Há peritos por áreas, mas em que a sua linguagem afasta as pessoas dos serviços.

As questões culturais são essenciais. Linguagem verbal e não verbal. As questões culturais, impacto de acesso a saúde. Que questões devem ter em conta: idades, culturas e migrantes.

CASO – OPINIÃO DE UMA PARTICIPANTE

“Há muita burocracia. Passou se num hospital. O que aconteceu – nem a mulher grávida conseguiu entrar para ser vista. A médica disse que não tinha tempo, e que não entendia a linguagem. Os profissionais de saúde devem pelo menos falar inglês. É importante saber comunicar com os utentes”.

A CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS É ESSENCIAL

É difícil aos profissionais comunicar de forma mais simples. Por isso é preciso um treino na área da comunicação. Simplificar a linguagem.

A IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO DAS MEDIDAS

Precisamos de verificar se as medidas funcionaram – é necessário definir as métricas, e depois avaliar essas ações. É preciso saber fazer chegar as ofertas – (referência às falhas do cheque dentista).

AUMENTAR O CONHECIMENTO DOS DIREITOS E DEVERES DO UTENTE

O utente geralmente não conhece de forma geral os direitos e deveres, exemplo: o direito a segunda opinião. Continuam a ter dúvidas sobre a primeira opinião, mas tem receio de ofender o médico. As pessoas por exemplo não abrem o envelope das análises por que acreditam que e o médico que as tem de abrir. Não sabem dos seus direitos.

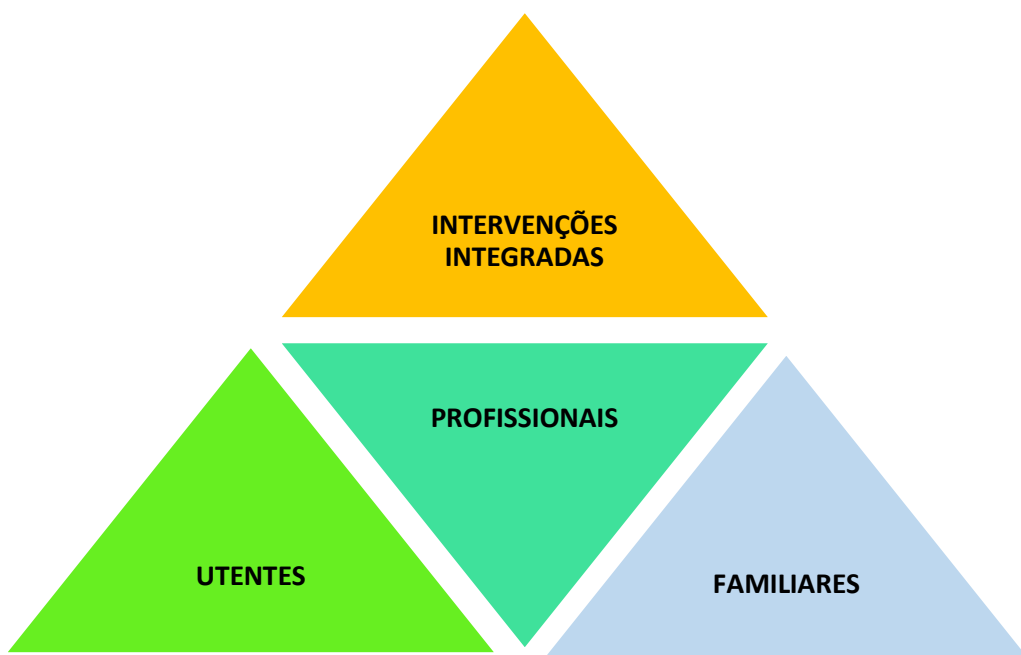
Os próprios profissionais podem ter algum receio de criticar ou referenciar outro colega. Conhecimento dos direitos e depois pô-los em prática – como por exemplo a reclamação.

A questão do “poder” exercido pelos profissionais de saúde é uma questão que deve ser abordada. O elo mais fraco é geralmente o utente

PROMOVER SESSÕES QUE POSSAM AJUDAR A SOCIEDADE CIVIL E OS PROFISSIONAIS

Ter um canal credível é poder contar com a opinião dos profissionais de saúde. Proximidade proveitosa. Juntar a sociedade civil com os profissionais.

Uma trilogia que deve ser compreendida: 1) os utentes; 2) os familiares e 3) os profissionais.



Entre estes é preciso fomentar o entendimento e partilhar diferentes maneiras de comunicar.

UMA CATIVAÇÃO / MOTIVAÇÃO ATRAVÉS DO DIGITAL

Uma cativação positiva através do digital. “Dou por mim a ser a única pessoa a divertir-me na sala”, e por isso há uma necessidade de passar e trabalhar conceitos e conteúdos que nos fazem felizes.

O acesso a meios de comunicação digitais, previamente validados, direcionadas a jovens de várias faixas etárias é um caminho a seguir.

SOCIEDADE E ASSOCIAÇÕES DEVEM TER UM PAPEL NA CRIAÇÃO DE CONTEÚDOS CREDÍVEIS

Com as associações de estudantes – eleitos para representar os jovens. Auscultar os jovens. É preciso ouvir as necessidades dos jovens.

Envolvimento de vários movimentos associativos locais na implementação de estratégias no combate ao estigma e crenças coletivas e individuais no campo da saúde mental.

Caso

“Os programas de formação profissional têm geralmente conteúdos com competências exclusivamente técnicas – auxiliares de ação médica, de enfermagem, de farmácia. Para além da parte académica seria útil promover mais intervenção – por exemplo, receber a população nas escolas – esta ação permitiria um aumento das competências dos alunos – e desenvolver outras estratégias mais eficazes e mais interessante para a academia”

Preparação melhor nas áreas da comunicação das entidades de saúde e outras. Implica a capacitação das equipas editoriais e de assessoria de imprensa de instituições locais e nacionais dedicadas a conteúdos na área saúde.

PARES PREPARADOS PARA AGIR

Criação de equipas de jovens profissionais na área da saúde na identificação de jovens em risco para comportamentos aditivos e dependências (ex., jogo, álcool, outras drogas de abuso).

Implementação de ações locais no combate aos ideais de beleza e riscos associados a intervenções médicas com riscos associados.

REGULAMENTAÇÃO SOBRE PUBLICIDADE ON LINE

Incluir os planos curriculares sobre Literacia em saúde, desde as crianças- começar no jardim de infância- judo – combater até conseguir. Saúde – primeiros socorros. Desenvolver competências sociais e emocionais.

CHEQUE SAÚDE MENTAL POSITIVA PARA PREVENÇÃO E ACESSO A SAÚDE

Um investimento numa ação regular sobre saúde mental, com “cheques” – *vouchers* – para saúde mental podia levar os jovens a fazer despiste. Realizar também sessões de debate que envolvam os encarregados de educação, pessoas idosas e os jovens.

CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE RATING

Criar uma “*estrela Michelin*” para as fontes digitais – social media credíveis. Para avaliar a credibilidade, os fundamentos, as fontes.

ALGUMAS PROPOSTAS DA MINIASSEMBLEIA QUE DEBATEU A SAÚDE E A DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE

O que fazer melhor para atrair os jovens para uma melhor saúde?

Compreender, através de estudos, os perfis dos utilizadores dos serviços de saúde, onde se incluem os jovens, para direccionar melhores políticas locais de saúde (perceber o que querem e precisam estes destinatários).

- **Mais formação de profissionais de saúde, de jornalistas de professores para saberem comunicar saúde aos mais jovens e com fontes credíveis;**
- **Integração de pares (treinados) para falarem sobre saúde aos jovens;**
- **Criar Centros de Saúde mais digitais para atrair os jovens**
- **Mudar a nomenclatura dos serviços de saúde para atrair os jovens;**
- **Diminuir os tempos de espera;**
- **Monitorizar as redes sociais online, sobretudo os sites de saúde;**
- **Trazer a comunidade para dentro das escolas.**

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE



4º MINIASSEMBLEIA: PESSOAS IDOSAS

14 fevereiro 2023 – Universidade Sénior Nova Atena (Linda a Velha) e Casa Animada (Queluz)



**Universidade Sénior de Massamá e Monte Abraão
Lisboa**

Nesta sessão os 37 participantes dividiram-se em 8 grupos não fixos e cada grupo debateu entre si o tema de acordo com as palavras que lhes foram sugeridas:

Medicação

Exercício físico

Carinho

Bem-estar

Combater o isolamento

Promover a autonomia e a vida ativa

Envelhecimento com a família

Importância da vacinação e dos direitos



Apresentaram as seguintes propostas:

O QUE DESEJAM AS PESSOAS IDOSAS?

GRATUIDADE DAS VACINAS

A vacina da pneumonia continua a ser muito cara apesar de ser importante.

MELHORIA DO ACESSO A MEDICAÇÃO

Os medicamentos continuam muito caros pelo que deve ser revista a possibilidade de se alterar o preço, ou a quantidade, ou a forma de se administrar a medicação.

MAIS MÉDICOS DE FAMÍLIA

O médico de família é um fator de segurança e de continuidade para as pessoas idosas. O seu fortalecimento e participação na comunidade é essencial.

ASSISTÊNCIA EM ESTOMATOLOGIA

Já há em algumas unidades de saúde de proximidade higienistas orais – mas são precisos médicos dentistas e educação para a saúde oral.

OUTROS RASTREIOS ONCOLÓGICOS

Por exemplo os rastreios da neoplasia do pulmão (por exemplo, antigos fumadores)

O CARINHO É IMPORTANTE

Para as pessoas mais fragilizadas, mais solitárias, os afetos são sempre importantes. Deveria ser mais referenciado pelo médico de família e ter atenção às questões emocionais.

ISOLAMENTO “MATA”

Falta de referenciação da vulnerabilidade de certas pessoas para de vez em quando serem contactadas pelo médico de família. É preciso tratar a solidão da pessoa idosa. A solidão “mata”.

“Com frequência recorremos as urgências dos hospitais porque os centros de saúde não estão a desempenhar um papel cabal, precisamos de melhores serviços de proximidade – horário alargado – atendimento mais abrangente. Falta ter algumas consultas de especialidade, pelo menos na estomatologia, ginecologia, radiologia e alguns meios complementares de diagnóstico como colheita de urina por causa de infeções urinárias”.

ENVELHECIMENTO ACOMPANHADO

Os transportes facilitadores, encaminhamento, mas também o acompanhamento, por exemplo a disponibilidade de alguém que levasse os medicamentos a quem não pode sair. Apoio domiciliário às várias necessidades, para facilitar o contacto e também a interação da pessoa idosa com outras pessoas.

VIDA ATIVA

Também implica autonomia ou vida ativa. Direitos. “Gostarmos de nós e viver o dia a dia, cultura, poesia, cartas de amor, ir ao cinema. Vida sexual saudável. O nosso exemplo da universidade sénior Nova Atena é uma boa proposta”

AUTONOMIA

Transporte da câmara partilhado. Que pudesse fazer uma “recolha” de vários utentes para os levar por exemplo ao cinema ou ao teatro.

Depois deixá-los em suas casas novamente. Transporte partilhado em rede.

RESPEITO

A educação é bilateral, dos profissionais para as pessoas mais velhas e vice-versa, também das pessoas mais velhas. Educar para a harmonia.

MÉDICOS DE PROXIMIDADE, MAS MULTIDISCIPLINARES

Por exemplo internistas, gerontologistas, psicólogos e outros especialistas no envelhecimento para acompanhar estas pessoas mais velhas, muitas delas sós.

MEDICAMENTOS

Com preço mais justo e de venda individual para não ser um peso tão grande na bolsa das pessoas idosas que geralmente têm de tomar mais do que um medicamento.

LUTO ACOMPANHADO

Por exemplo para a pessoa ser mais feliz mesmo durante o luto devem ser criadas condições e intervenções que permitam a pessoa superar esse luto.

LINHA TELEFÓNICA DE COMBATE AO ISOLAMENTO

Maior divulgação dos serviços existentes (por exemplo através da televisão – linha SOS isolamento).

VOLUNTARIADO QUALIFICADO PARA APOIO AS PESSOAS IDOSAS

Ser voluntário não basta. É preciso que os voluntários se especializem nas várias áreas dos problemas que têm as pessoas mais velhas, por exemplo as questões de demência, lentificação da sua ação é a maior fragilidade da pessoa idosa.

GINÁSIOS GRATUITOS

As pessoas idosas têm direitos iguais aos da população em geral . A atividade física é promotora de bem-estar, mas as pessoas idosas não têm a mesma forma de fazer atividade física que os mais novos, pelo que poderia haver uma reflexão sobre ginásios adaptados para pessoas mais velhas (+ de 65).

COMUNICAÇÃO MAIS EMPÁTICA ENTRE MÉDICO E UTENTE

Os médicos estão muito virados para o computador e relação com o utente fica prejudicada. Os médicos devem aprender a comunicar melhor.

ATENDIMENTO DOS UTENTES PELOS ASSISTENTES OPERACIONAIS

A preparação dos assistentes operacionais em competências comunicacionais é importante.

INCREMENTO DE COMPARTICIPAÇÃO PARA DOENÇAS CRÓNICAS

A participação do Estado para as doenças crónicas tem de contar com a opinião das pessoas idosas e tem de ser feita uma avaliação regular.

COMPETÊNCIAS DIGITAIS

As pessoas mais velhas devem ter acompanhamento e serem mais bem integradas no domínio das ferramentas digitais. O acesso e a utilização destas ferramentas para uma melhor saúde.

DEVE HAVER UM MAIOR FEEDBACK DOS EXAMES MÉDICOS DOS UTENTES ENTREGUES NAS UNIDADES DE SAÚDE

A clarificação ao doente sobre o seu exame é essencial para uma maior literacia em saúde.

CRIAR UM ESPAÇO COMUM A PESSOAS IDOSAS E CRIANÇAS, CONSTRUINDO UM LAR E UMA CRECHE LADO A LADO

Facilitar o convívio entre gerações e partilhar experiências geracionais.



As 5 propostas mais votadas foram:

- 1. Melhoria do acesso à medicação**
- 2. Gratuitidade das vacinas**
- 3. Mais médicos de família**
- 4. Autonomia (transporte partilhado)**
- 5. Outros rastreios oncológicos**

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A participação do cidadão em debates, avaliações e tomadas de decisões em políticas públicas de saúde tornou-se uma prioridade em diversos países e a sua utilidade vem sendo celebrada, apesar que na prática o seu envolvimento ainda é pouco notado. (Serapioni & Matos, 2014).

A miniassembleia contou com a participação de um total de 93 pessoas, compostas por grupos de migrantes, pessoas com deficiência, jovens e pessoas idosas, contando também com a participação de representantes de variadas entidades como a Fundação Aga Khan, Fórum Refúgio, Observatório da Saúde dos Povos, NIALP – Intercultural Association, ELI – Equipa de Intervenção Local de Oeiras, Centro Nuno Belmar da Costa, Miguel Vieira (campeão mundial de judo para-olímpico) e a associação Portuguesa de Jovens Farmacêuticos (APJF).

No final da discussão temática cada grupo com os seus participantes listaram propostas de melhorias para a prestação de serviço e políticas de saúde, e por fim fizeram uma votação para definir cinco propostas por grupo.

Em geral os grupos revelaram que para uma maior igualdade em saúde, as prestações de serviços e políticas públicas de saúde em Portugal carecem de uma reformulação adequada que acomodem as necessidades dessas comunidades.

AS PESSOAS MIGRANTES



O grupo de migrantes ao expor as cinco propostas de melhorias para o serviço de saúde, concluíram que o acesso ao serviço público de saúde foi considerado a maior dificuldade de um imigrante, principalmente para aqueles que se encontram irregulares (sem visto).

A condição irregular vai ao encontro com que cita Ferreira (2022), que mesmo com uma prestação de serviço de saúde ampla, acesso aos cuidados de saúde, os utentes/cidadãos estrangeiros vão sofrer com alguns fatores de exclusão, sendo os imigrantes irregulares o grupo com o direito menos assegurado aos cuidados de saúde (p .37).

Os participantes atestam o que realça Dias *et al.*, (2011), que apesar da legislação portuguesa garantir o direito de acesso aos serviços de saúde para todos os indivíduos, ainda assim, há “diversas dificuldades” (p.512) a persistirem “no acesso e utilização destes serviços para alguns grupos de imigrantes” (p. 512).

O que sucede é que este fator faz com que muitos desistam de procurar o serviço de saúde para os cuidados primários de saúde, como: ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, cuidados curativos reabilitação e entre outros. Sem falar da falta de apoio na comunicação intercultural nas consultas é um dos fatores que bloqueiam o envolvimento do migrante nas tomadas de decisão aos cuidados de saúde (MacFarlene *et al.*, 2021).

A participação dos migrantes em tomadas decisão, debates e conselhos sobre políticas em saúde é aconselhado pela OMS, porém poucas políticas nacionais são feitas para que essa comunidade seja inserida em políticas participativas, sem falar da falta de mecanismo legais para que essa participação seja efetivada.

É importante, necessário, envolver os Estados- Membros da Região da União Europeia no desenvolvimento de políticas participativas para o envolvimento da comunidade migrante nas tomadas de decisões em políticas pública de saúde (MacFarlene *et al.*, 2021).

Em 2023 o Estado português reafirmou o seu compromisso com a proteção e o acolhimento dos migrantes pelo sistema de saúde português junto ao programa Migração Global da OMS.

O Estado enfatizou que daria atenção as necessidades dos migrantes e refugiados nos planos de saúde nacionais e locais, promovendo a não discriminação, independentemente da situação de regularização. E por fim, salientaram a necessidade de trabalhar e promover medidas para reduzir os obstáculos de comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade de migrantes e refugiados (Margarida Tavares no dia 24 de maio de 2023 na 76.^a Assembleia Mundial de Saúde em Genebra).

AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA



Observa-se que das cinco propostas pontuadas para as melhorias na prestação de serviço e políticas pública de saúde do grupo de pessoas com deficiência, três delas referem-se à qualificação do profissional (sobretudo dos técnicos/assistentes de saúde e da equipa de logística do transporte de pessoas com deficiência - motorista e auxiliar) como ponto determinante para a segurança no tratamento das pessoas com deficiência nos espaços que concedem serviços de saúde pública.

No que toca aos ambientes hospitalares, existe uma inacessibilidade na saúde para as pessoas com deficiência refletida nos espaços com falta de cuidado em termos das infraestruturas e na ausência de habilidade dos profissionais para realizar uma assistência digna,

reflexo esse das falhas cometidas pela formação profissional (Santos et al., 2012, p.117).

Para evitar essa falta de atenção a **UNESCO (2011) recomenda que os cursos de graduação e educação continuada para todos profissionais de saúde estejam contemplados com disciplinas sobre a deficiência, e sempre que for possível, ter pessoas com deficiência envolvidas no treinamento como educadores e instrutores.**

Por fim, a entidade salienta que os cursos devem oferecer “orientações baseadas em evidências para avaliação e tratamento, enfatizando a assistência centrada no paciente” (p. 86).

Quanto à participação de pessoas com deficiência em debates, discussões e decisões sobre políticas pública, a ONU (2006), aborda que as pessoas com deficiência têm todo o direito e oportunidade de estarem presente, envolvidas e serem consultadas em tomadas de decisões políticas e de programas sociais, principalmente aqueles voltados para elas e que lhes dizem respeito.

A participação ativa de pessoas com deficiência em “conselhos de saúde deve ser assegurada” (Gomes, 2021, p. 56). Posto que, não há alguém melhor do que a própria pessoas com deficiência para analisar, avaliar e propor medidas de melhorias de vida nos debates público (Gomes, 2021).

OS JOVENS

Com a temática “Combate a desinformação”, o grupo de jovens expõem propostas desafiadoras para evitar a propagação da desinformação em saúde no meio da comunidade jovem.

Observou-se que, das propostas listadas pelos participantes, três focaram-se em **desafiar os professores, os profissionais e os comunicadores de saúde a trabalharem em conjunto para identificarem, conhecerem (na pluralidade) e direcionarem a comunicação credível, com uma linguagem acessível, persuasiva e educativa sobre a saúde.**

Professores, os profissionais e os comunicadores de saúde trabalhem em conjunto para combater a desinformação

Sabe-se que os jovens são peças fundamentais no combate à desinformação (Faria & Andrade, 2023). A Unesco (2019), atraca o termo desinformação “para se referir as tentativas deliberadas (frequentemente orquestradas) para confundir ou manipular pessoas por meio de transmissão de informações desonestas” (p. 7).

Por ser constantemente elaborada, com a utilização de bons meios, e destacada pela tecnologia mecanizada, a **desinformação é considerada como um combinado de estratégias de comunicação persuasiva, manipuladora, maliciosa e particularmente perigosa (Unesco, 2019).**

Em atenção à proposta exposta do grupo de jovens sobre os **professores obterem formação para comunicar saúde com fontes credíveis em sala de aula**, vai ao encontro com a abordagem de Faria & Andrade (2023), sobre a participação dos *jovens no combate à desinformação* dentro do contexto educacional – escola.

Tomando em consideração as mudanças que a sociedade atravessa, os autores citam que “a convergência entre os media coloca a escola diante do desafio que consiste na reestruturação pedagógica, através da promoção de novas formas de literacia” (de Faria & Andrade, 2023, p. 7).

Sabe-se que a desinformação é um fenómeno crítico (Faria & Andrade, 2023). Requer um trabalho extensivo em políticas públicas de educação para “promover a convergência, que não é apenas tecnológica, mas também das narrativas, da educação com os média de informação” nas escolas (2023, p. 7).

Ir além dos livros em tempos de uma Sociedade da Informação (Castells, 2007) é mais que necessário. Ajudar os jovens estudantes a perceberem a sutil diferença que há na informação do jornalismo das desinformações que circulam nas redes sociais, é algo crucial para o combate a desinformação. Através das discussões sobre os média os professores despertam o censo crítico em torno das narrativas consumidas pelos jovens (Faria & Andrade, 2023).

Foi exposto pelo grupo de jovens que, os profissionais de saúde precisam saber comunicar sobre saúde, sendo sugerido por eles melhorias na formação profissional.

Adequar ao perfil dos jovens o atendimento em saúde

Os participantes confirmam o que recomenda o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS, a importância da formação adequada da equipa no atendimento aos adolescentes e jovens. Ressaltando uma maior atenção às necessidades desses grupos, não apenas na abordagem das questões físicas, mas em avaliar os contextos familiar, psicológico e emocional no atendimento.

A OMS cita que ao promover a saúde juvenil o Estado está a contribuir, também, para o desenvolvimento do país. Pois, ajuda-os a ingressar na

vida com mais vitalidade para servir de forma produtiva a sociedade, ajudando assim no crescimento económico do país.

Sobre a participação e a contribuição da comunidade jovem nas políticas pública, Guimarães e Lima (2011) consideram que **as competências que os jovens desenvolvem ao longo do processo participativo ocasionam a sua autonomia, onde a sua participação “pode ser vista como algo mais amplo: educação e poder”** (p. 865).

No contexto europeu, o artigo 165.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia “estabelece que a ação da União tem por objetivo **estimular a participação dos jovens na vida democrática da Europa**” (Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, 165º, 2008). A Resolução A/HRC/RES/35/14 das Nações Unidas declara que os países devem promover e assegurar *“a plena concretização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para os jovens, capacitando-os a contribuírem como membros ativos da sociedade para o desenvolvimento político, cívico, económico, social e cultural dos seus países”* (Resolução A/HRC/RES/35/14 das Nações Unidas).

Mesmo assim, segundo o CNS (2020), os governos não têm promovido ações de auscultar os jovens para os perceberem e entenderem suas necessidades, avaliações e prioridades de saúde. Os adolescentes e jovens dificilmente são consultados “nas políticas, no planeamento e na tomada de decisões que lhes dizem respeito” (2020, p. 15) apesar de ser um direito participativo e decisório.

O manual de Combate à Desinformação em Saúde do OMS lançado em 2022 (Lusa, 2022) mostra um caso de sucesso da participação ativa dos jovens em políticas pública em saúde.

Um dos autores do manual, Francisco Goiana da Silva, comenta que o manual “é um instrumento inovador de política pública de saúde nesta área, a nível mundial, que foi inteiramente idealizado por jovens portugueses” (Lusa, 2022).

O documento faz uma análise profunda ao problema da desinformação “com o objetivo de ajudar legisladores a definir melhores políticas públicas para o combater” – salienta os autores. João Beda, também é um dos autores, que enfatiza que a “desinformação em saúde é um grande entrave à prestação de cuidados de saúde com qualidade e que é vital encontrar caminhos para a combater” (Lusa, 2022).

Por outro lado, torna-se preponderante o desenvolvimento de competências, através de uma melhor literacia em saúde (Vaz de Almeida & Fragoeiro, 2023) assim como o investimento em estratégias de comunicação mais assertiva, clara e positiva (Vaz de Almeida, 2023) para que as pessoas comuniquem melhor, de forma mais clara e construtiva.

AS PESSOAS IDOSAS



A UNECE (2009) descreve a integração social e a participação social como fundamentos da coesão social.

“A integração social é um processo de construção de valores, relações e instituições para uma sociedade onde todos os indivíduos, independentemente de raça, sexo, idade, etnia, idioma ou religião, possam exercer plenamente os seus direitos e responsabilidades em igualdade de condições com os demais”.

Todas as pessoas devem poder envelhecer com segurança e dignidade e estar em posição de contribuir para a sociedade de forma mais significativa. Tal ambiente está na raiz de sociedades estáveis, seguras e justas, onde todos os membros, incluindo os mais vulneráveis, desfrutam da igualdade de oportunidades.

A integração e a participação estão, portanto, intimamente ligadas à noção de coesão social, um elemento vital de uma sociedade saudável. Denota a capacidade de uma sociedade de garantir o bem-estar dos seus membros, minimizando as disparidades e evitando a polarização e o conflito, e requer a promoção da solidariedade e da reciprocidade entre as gerações.” (UNECE, 2009, p. 2)

Observou-se na Miniassembleia de pessoas idosas que, a participação das pessoas idosas nos processo de saúde é deveras importante e vantajoso para as sociedades.

Pessoas idosas com melhor acesso aos serviços de saúde também se tornam pessoas com mais saúde e sociedades mais saudáveis.

Na Miniassembleia de Saúde realizada com as pessoas idosas, das cinco propostas de melhorias do grupo de pessoas idosas todas estão elencadas com o acesso e a prestação do serviço voltado para sua imunização (vacinas), medicamento e tratamentos com

dentista/estomatologista, e por fim a assistência médica mais acessível.

A OMS aponta que a população mundial está a vivenciar e a assistir a “um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas da sua população, e a Europa tem a maior percentagem de população com 60 anos ou mais (25%)” (OMS, s.d.).

A vacinação, apontado pelo grupo com um dos pontos de melhorias em prestação de saúde seria: a gratuidade das vacinas. As pessoas idosas, sobretudo as com menos recursos, afirmam que algumas são dispendiosas, como é o caso da vacina contra a pneumonia (pneumocócica), não contemplada no plano anual de vacinas das pessoas idosas (2023).

Confirmada por Reis (2015), que as pessoas idosas não estão contempladas no Plano Nacional de Vacinação (PNV), pois é apenas destinado a crianças e adolescentes pertencentes a grupos de risco que estão incluídos no plano (p. 2).

Reis (2015), aponta que **há uma maior “frequência e severidade das doenças infecciosas” (p. 2) no meio dessa comunidade (pessoas idosas), sendo que a vacinação é a melhor forma de prevenir a propagação da doença.**

A Comissão Europeia afirma que a política de vacinação é da competência das autoridades nacionais, mas saliente que os países membros devem garantir acesso equitativo às vacinas a todos os cidadãos da União Europeia.

Acerca do **acesso aos medicamentos** apontado pelo grupo com proposta de melhoria (em setembro de 2023) as pessoas idosas portuguesas foram contempladas com a medida **do programa SIMPLEX do Governo português, o qual facilita o processo de compra de medicamentos comparticipados para os beneficiários do Complemento Solidário para Pessoas idosas.**

INOVAÇÃO COM DADOS MAIS ATUAIS (2024)

Em 2024, o Governo concedeu uma comparticipação a 100% as pessoas idosas que recebem o complemento solidário para idosos. (10 maio 2024)

“Governo aprova comparticipação a 100 por cento de medicamentos para quem recebe CSI. Cerca de 140 mil pessoas estão abrangidas no universo de beneficiários do CS.

Os idosos que beneficiam do complemento solidário para idosos vão passar a ter medicamentos gratuitos nas farmácias. Saiba quem está abrangido pela medida e quem pode ficar excluído.

Citando a DECO Proteste:

QUE IDOSOS TÊM ACESSO A MEDICAMENTOS GRATUITOS?

Apenas estão abrangidos pela medida os cidadãos que beneficiam do **complemento solidário para idosos**. Este grupo de utentes já beneficiava de um desconto de 50% sobre a parte do medicamento que não é comparticipada pelo Estado nos medicamentos sujeitos a receita médica. Com a aprovação da medida, estes medicamentos passam a ser gratuitos para esta franja da população, que corresponde atualmente a cerca de 140 mil pessoas.

TODOS OS MEDICAMENTOS PASSAM A SER GRATUITOS PARA OS IDOSOS ABRANGIDOS PELO BENEFÍCIO?

Não. A medida apenas inclui **medicamentos sujeitos a receita médica**. Para os medicamentos de venda livre não estão previstos descontos ou isenções, mesmo que sejam prescritos pelo médico.

SÓ OS MEDICAMENTOS GENÉRICOS SERÃO GRATUITOS?

Não. A comparticipação **de 100%** aplica-se a **todos os medicamentos sujeitos a receita médica**, sejam genéricos ou de marca.

TODOS OS IDOSOS COM BAIXOS RENDIMENTOS TÊM ACESSO À COMPARTICIPAÇÃO DE 100% NOS MEDICAMENTOS?

Não. A medida apenas beneficia **idosos que recebem mensalmente o complemento solidário para idosos**. Os cidadãos que preenchem os requisitos para beneficiar deste apoio social podem solicitá-lo junto da Segurança Social e só depois da sua atribuição passam a beneficiar de gratuidade nos medicamentos sujeitos a receita médica.

Já os pensionistas que não são abrangidos pelo complemento solidário para idosos, mas sejam beneficiários do **Regime Especial de Participação de Medicamentos (RECM)**, continuam a ter acesso a uma majoração na comparticipação. O Regime Especial de Participação de Medicamentos é atribuído a **pensionistas com rendimentos anuais inferiores a 14 salários mínimos** e que todos os anos apresentem o documento comprovativo desse regime no seu centro de saúde.

A comparticipação do Estado para pensionista com RECM é alargada para 95% nos medicamentos que habitualmente são comparticipados em 90 por cento. Já as comparticipações de 69% são alargadas para 84%, enquanto as comparticipações de 37% sobem, para estes utentes, até aos 52 por cento.

QUEM TEM DIREITO AO COMPLEMENTO SOLIDÁRIO PARA IDOSOS?

O complemento solidário para idosos é atribuído a **cidadãos que já tenham atingido a idade da reforma** (66 anos e 4 meses, atualmente) e que tenham **rendimentos anuais iguais ou inferiores a 6608 euros**. Para os casados ou unidos de facto, são abrangidos os rendimentos anuais iguais ou inferiores a 11 564 euros.

ONDE PODEM SER LEVANTADOS OS MEDICAMENTOS GRATUITOS?

Os idosos abrangidos pela medida continuam a poder adquirir os seus medicamentos em **qualquer farmácia**, como acontecia quando os medicamentos eram pagos pelo utente. Apenas têm de **apresentar a receita médica ao farmacêutico**. No sistema informático da farmácia já existirá a informação de que aquele utente beneficia de **comparticipação de 100%**, que será aplicada automaticamente.

JÁ EXISTIAM MEDICAMENTOS GRATUITOS?

Sim, o regime de participações previstas para beneficiários do **complemento solidário para idosos (CSI)** e do **Regime Especial de Participação de Medicamentos (RECM)** já permitia que muitos idosos adquirissem sem custos alguns dos seus medicamentos sujeitos a receita médica. Em regra, a gratuitidade é alcançada quando o utente opta por medicamentos genéricos.

<https://www.deco.proteste.pt/saude/medicamentos/noticias/medicamentos-gratuitos-idosos-tem-direito>

CHEQUE-DENTISTA

As pessoas idosas “podem ainda aceder, de forma gratuita, às consultas de dentista/estomatologista, **através do cheque-dentista**, entre uma lista de profissionais de saúde oral disponível no centro de saúde” (Governo português, 2023). **Nota-se que por vezes essas informações não chegam de forma clara as pessoas idosas**, alertando a falta de orientação e cuidados centrados nas necessidades dos pacientes e suas diferentes morbididades.

A respeito das melhorias na qualidade de vida da pessoa idosa e o seu acesso à saúde, o objetivo geral da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) para 2017-2025 em Portugal é “contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas” (SNS, 2017, p. 17).

Como o objetivo específico ENEAS pretende “promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e respetiva qualidade” (2017, p.17).



○ **PROGRAMA DO PASSO AO ABRAÇO:** Literacia em saúde, atividade física, conexão social para a longevidade saudável da pessoa idosa com cancro coordenado pela Sociedade Portuguesa de



Literacia em Saúde com uma dezena de parceiros, integrou o **Plano Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável**, com a assinatura em **21 de maio 2024** do protocolo entre o Coordenador Nacional do PNEAS, Dr Nuno Marques e os dois Coordenadores do Programa, a presidente da SPLS, Professora Doutora Cristina Vaz de Almeida e o médico oncologista Dr. Vasco Fonseca. Espera-se que este programa seja escalado a nível nacional



Quanto à participação das pessoas idosas em políticas públicas, a ONU declara que as pessoas idosas devem participar ativamente e contribuir para o desenvolvimento da sociedade. Porém, a Comissão Económica das Nações Unidas (UNECE, 2021, 2009) afirma que “as pessoas idosas não são frequentemente consultadas” (p. 8).

Na verdade, não lhes é “dada a oportunidade de contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de serviços, políticas e programas criados para elas e são frequentemente excluídas dos processos políticos gerais” (UNECE, 2021/2009 p. 8).

DADOS PORTUGAL

Dados estatístico do Censo de 2021 apontam que Portugal possui:
798 480 migrantes (com enquadramento legal);
1 085 472 pessoas com deficiência;
6 605 042 jovens, pessoas idosas ou as pessoas em idade ativa (15 – 64 anos)
2 484 783 (65 ou mais) pessoas idosas, sendo que 517 146 vivem sozinhas
(PORDATA, 2023).

CONCLUSÃO

Vários estudos demonstraram que a participação das pessoas em prol da sua saúde é um fator positivo de geração de intenção de comportamento e de compromisso perante os outros.

A sua voz deve ser ouvida e acolhida por quem toma decisões nas políticas públicas, sejam estas depois aplicadas a nível regional ou nacional.

A participação das pessoas resulta no seu maior empoderamento político; na capacidade de estar atualizados quanto ao andamento dos processos de saúde que interessa aquele indivíduo ou a grupos similares, as famílias e comunidades; a maior participação pública promove uma aprendizagem ao longo da vida e níveis mais altos de literacia em saúde – através do debate de ideias confronta-se positivamente o pensamento analítico, fazem-se comparações, raciocina-se em grupo, com grandes mais-valias para uma melhor educação: a participação pública através da audição da voz das pessoas permite um maior reconhecimento da pessoa na esfera pública, realçando o papel como clientes, utentes, pacientes, consumidores com necessidades, interesses e preferências específicos. Estas metodologias participativas como as miniassembleias da saúde têm claras vantagens. É Preciso prosseguir.

REFERÊNCIAS

Abers, R. (2001). *Inventing local democracy: Grassroots politics in Brazil*. Westview: Boulder.

Artigo 2.º da Constituição da República Portuguesa.

Alínea c) do artigo 9.º da Constituição da República Portuguesa.

Barnes, M., & Coelho, V. S. (2009). Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority. *Health Expectations*, 12(3), 226–236. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00563.x>

Castells, M. (2007). *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. O Poder da Identidade*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Coelho, V. S. P. (2007). A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos - CEBRAP*, (78), 77–92. <https://doi.org/10.1590/s0101-33002007000200009>

CNS - Conselho Nacional de Saúde. (2020). *Participação Pública em Saúde - Todas as Vozes Contam*. Lisboa: CNS, 2020.

Crisóstomo S., & Santos M. (2018). Participação pública na saúde: das ideias à ação em Portugal. *Rev Crit Cienc Sociais*, (117), 167–86.

Dias, Sónia & Gama, Ana & Silva, António & Cargaleiro, Helena & Martins, Maria Rosario. (2011). Barriers in access and utilization of health services among immigrants. *Acta médica portuguesa*. 24. 511-6.

Falanga R., Cebulla A., Principi A., Socci M. The Participation of Senior Citizens in Policy-Making: Patterning Initiatives in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(1):34. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010034>

Faria, E.; Andrade, J.G. – Jornalismo transmédia e literacia mediática: participação dos jovens 1 em contexto escolar no combate à desinformação. *ComTextos [Em linha]*. 8 (2023) 1-26. ISSN 2182-7672.

Gomes, A.M. M. (2021). *O acesso aos serviços de saúde às pessoas com deficiência: Uma questão de cidadania* [Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Direito]. Universidade Autónoma de Lisboa “Luís de Camões”.

Guimarães, J. S., & Lima, I. M. S. O. (2011). Participação juvenil e promoção da saúde: Estratégia de desenvolvimento humano. *Journal of Human Growth and Development*, 21(3), 859. <https://doi.org/10.7322/jhgd.20038>

Kujawa H., Pinto R.S., Leles F.A.G., & Machado F.V. (2023). Participação em saúde como elemento indissociável para o fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde nas Américas. *Rev Panam Salud Publica*, ;47:e109. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.109>

INE, I.P. (2023) Evolução de Portugal nas últimas 6 décadas. *PORDATA*: <https://www.pordata.pt/portugal/quadro+resumo/portugal-822515>

INE, I.P. (2023) O que nos dizem os Censos sobre a as dificuldades sentidas pela população com incapacidades. ISBN 978-989-25-0670-8 e-ISBN 978-989-25-00632-6.

Lusa (Ed.). (2022, 22 de outubro). *OMS publica manual de combate à desinformação em saúde de autores portugueses* [Comunicado de imprensa]. <https://www.lusa.pt/article/2022-10-22/39702013/oms-publica-manual-de-combate-a-desinformacao-em-saude-de-autores-portugueses>

MacFarlane A, Ogoro M, de Freitas C, Niranjana V, Severoni S, Waagensen E. Migrants' involvement in health policy, service development and research in the WHO European Region: A narrative review of policy and practice. *Trop Med Int Health*. 2021 Oct;26(10):1164-1176. doi: 10.1111/tmi.13643. Epub 2021 Jul 20. PMID: 34169612.

Milton, B., Attree, P., French, B e *at al.* (2011). The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Development Journal*, 47(3), 316–334. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsr043>

N.º 1 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.

N.º 4 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.

OECD (2022). *The Protection and Promotion of Civic Space: Strengthening Alignment with International Standards and Guidance*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d234e975-en>.

ONU (2006). Assembleia geral da ONU em Nova York em 2006. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>

Organização Mundial da Saúde (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978: Alma-Ata, URSS), <https://iris.who.int/handle/10665/39228>

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. In I conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa, 17-21 novembro de 1986. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

Organização Mundial da Saúde. (2008). *Health Literacy*. Disponível em: http://www.OMS.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: OMS.

Reis, S. A. A. d. (2015). *A importância da vacinação no idoso* [Master's thesis]. Estudo Geral – Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/31454>

Santos, T. R., Alves, F. P., França, I. S. X. de, Coutinho, B. G., & Júnior, W. R. da S. (2012). POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS ÀS : UMA REFLEXÃO CRÍTICA. *Revista Ágora*, (15). Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/4223>

Scutchfield, F.D, Knight, E.A., Kelly, A.V., Bhandari, M.W., & Vasilescu, I.P. (2004). *Capacidade da Agência Local de Saúde Pública e sua Relação com o Desempenho do Sistema de Saúde Pública*. *Jornal de Gestão e Prática de Saúde Pública*, 10(3), 204–215. doi:10.1097/00124784-200405000-00004

Serapioni, M., & Matos, A. R. (2014). Citizen participation and discontent in three Southern European health systems. *Social Science & Medicine*, 123, 226–233. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.006>

[Serapioni, M. \(2014\). Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19\(12\), 4829–4839. doi:10.1590/1413-812320141912.02292013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.006)

Singer, M.A. (1995). Community participation in health care decision making: is it feasible? *CMAJ*, 15, 153(4):421-4. PMID: 7634219; PMCID: PMC1487233.

SNS (2016). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 - Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. (Despacho n.º12427/2016): <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>

UNECE (2021). *Designing a stakeholder engagement and participation process*. Unece.org. Obtido abril de 2024, de <https://unece.org/sites/default/files/2021-09/UNECE%20meaningful%20participation%20guidance%20note.pdf>

UNESCO (2011). Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p. Título original: World report on disability 2011 ISBN 978-85-64047-02-0

UNESCO (2019) Journalism, ‘Fake News’ & Disinformation: Handbook for Journalism Education and Training. Publicado em 2018 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).https://brasil.un.org/sites/default/files/2024-01/UNESCO_Manual_Jornalismo_FakeNews.pdf

Yuan, M., Lin, H., Wu, H., Yu, M., Tu, J., & Lü, Y. (2021). Community engagement in public health: a bibliometric mapping of global research. *Archives of Public Health*, 79(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00525-3>

Williamson, L. (2014). Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support. *Am J Bioeth*, 14(6), 4-16. doi: 10.1080/15265161.2014.900139. PMID: 24809598; PMCID: PMC4160284.

Vaz de Almeida, C. (2023). ACP Model – Assertiveness, Clarity, and Positivity: The Competencies of the New Era. In Lytras, M. & Vaz de Almeida, Technology-Enhanced Healthcare Education: Transformative Learning for Patient-centric Health
ISBN: 978-1-83753-599-6, eISBN: 978-1-83753-598-9

Vaz de Almeida, C. & Fragoeiro, I. (Coords). (2023). *Manual de literacia em saúde. Princípios e Práticas*. Pactor.

SPLS

SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE



www.splsportugal.pt

para mais contatos:
splsportugal@gmail.com

ISBN

978-989-35724-0-5; [Título: Livro Branco MiniAssembleias da Saúde “A Voz do Cidadão”]; [Autor: Cristina Vaz de Almeida]; [Co-autor(es): Cecília Nunes + Fayga Keller + Vânia Lima]; [Suporte: Eletrónico]; [Formato: PDF / PDF/A]

Citação

Vaz de Almeida, C, Nunes, C., Lima, V., & Keller, F. (2024). Livro branco Miniassembleias da saúde. A voz do cidadão. Uma forma construtiva e dinâmica de participação comunitária para a criação de melhores políticas públicas. Sociedade Portuguesa de Literacia em saúde. ISBN