

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Mestrado em Gestão Estratégica das Relações Públicas
2009/2011

**Relações Públicas e Comunicação para a Saúde:
Um Projecto para o ACES**

Estratégia de Relações Públicas para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do
Sousa Sul

Trabalho de Projecto

Cidália Barros

Escola Superior de Comunicação Social – I.P.L.

Setembro de 2011

Orientadora

Prof^a Doutora Mafalda Eiró-Gomes

Escola Superior de Comunicação Social – I.P.L.

Declaração

Declaro ser a autora deste trabalho, parte integrante das condições exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Estratégica das Relações Públicas, que constitui um trabalho original e inédito que nunca foi submetido (no seu todo ou em qualquer das suas partes) a outra instituição de ensino superior para obtenção de um grau académico ou qualquer outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas. Mais acrescento que tenho consciência de que o plágio poderá levar à anulação do trabalho agora apresentado.

Lisboa, 22 de Setembro de 2011

Agradecimentos

Gostaria de dedicar este trabalho aos meus pais, Felicidade Loureiro e José Barros; aos meus irmãos Carla Barros e César Barros; ao meu avô Joaquim de Barros e à minha orientadora e amiga Prof^a Doutora Mafalda Eiró-Gomes. Sem eles não teria sido possível a realização deste mestrado, nem deste trabalho. Muito lhes agradeço a preocupação, o amor e apoio que me deram ao longo destes dois anos.

Gostaria, também, de agradecer toda a bondade e amizade dos meus amigos e amigas Francisca Fidalgo; Marta Amorim; Rita Araújo; Nuno da Silva Jorge e João Martinho.

Por fim, destaco um importante agradecimento aos profissionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul, em especial ao Dr. Baptista Pereira, pela disponibilidade e interesse neste trabalho.

Resumo

Discute-se no presente trabalho final de Mestrado a ligação entre duas áreas diferentes, quer nos seus princípios, quer nas suas práticas, mas que se complementam: Relações Públicas e Comunicação para a Saúde (não se tratando de comunicação em contextos de saúde).

Assim, defende-se, ao longo deste trabalho, a posição de que as Relações Públicas podem ser consideradas uma das principais armas no que diz respeito à prevenção, promoção e educação para a saúde, que se reflecte na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, famílias e comunidades.

Pretende-se, assim, desenvolver um projecto de uma estratégia de comunicação onde se demonstra a posição aqui defendida e, por outro lado, um projecto com capacidade para ser implementado no Agrupamento de Centro de Saúde do Vale do Sousa Sul.

Palavras-Chave

Relações Públicas; Comunicação Corporativa; Comunicação Organizacional; Comunicação para a Saúde; Campanhas de Comunicação para a Saúde; Estratégias de Comunicação; Vale do Sousa Sul; Serviço Nacional de Saúde.

Abstract

It is discussed in this Master's final work the connection between two areas which are different, both in their principles, both in its practices, but are at the same time complementary: Public Relations and Health Communication (not meaning communication in contexts of health).

So, it is argued, throughout this work, the idea that Public Relations can be regarded as one of the most effective ways of prevent, promote and educate for health, which is reflected in improved quality of life of citizens, families and communities.

It is intended, thereby, to develop a communication strategy project where it is evidenced the statement here advocated, and, in other hand, a project suitable of being implemented in the Agrupamento de Centro de Saúde do Vale do Sousa Sul.

Key Words

Public Relations; Corporate Communication; Organizational Communication; Health Communication; Health Communication Campaigns; Communication Strategies; Vale do Sousa Sul; National Health Service.

Índice

Declaração	II
Agradecimentos	III
Resumo	IV
Palavras-Chave	IV
Abstract.....	V
Key Words.....	V
Índice	III
Índice de Ilustrações	VII
Índice de Tabelas.....	VII
O Lista de Abreviaturas e Siglas	VIII
Introdução.....	1
Capítulo I.....	4
Serviço Nacional de Saúde	4
1. Evolução dos Serviços Públicos de Saúde em Portugal	4
1.1. Primeiras Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde.....	5
1.2 Criação do Ministério da Saúde e da Assistência	6
1.3. Primeiros Centros de Saúde Portugueses	7
1.4. O 25 de Abril e o Serviço Nacional de Saúde.....	8
1.5. Serviço Nacional de Saúde: um direito fundamental	10
1.6. Serviço Nacional de Saúde: de gratuito a tendencialmente gratuito.....	11

1.7. Administrações Regionais de Saúde	12
1.8. Lei de Bases da Saúde	13
1.9. Novos Estatutos do SNS	14
1.10. Sistemas Locais de Saúde	14
1.11. Cuidados de Saúde Primários.....	15
1.12. Serviço Nacional de Saúde mais Próximo das Populações.....	15
2. Serviço Nacional de Saúde: uma questão actual	17
2.1. Administrações Regionais de Saúde	18
2.2. Centros de Saúde.....	18
2.3.Dos Centros de Saúde aos ACES.....	19
Capítulo II.....	23
Relações Públicas	23
1. Perspectivas e Definição do Conceito de Relações Públicas.....	23
1.1 Funções de Relações Públicas.....	24
1.2. As Oito Fases das Relações Públicas	25
1.3. Perspectivas do Conceito de Comunicação Organizacional	28
1.4. Relações Públicas ou Comunicação Corporativa?	30
Capítulo III	35
Comunicação para a Saúde.....	35
1. Importância da Comunicação na Área da Saúde.....	35
2. Perspectivas e definições da “Comunicação em Saúde”	37
3. A Importância dos Agentes Comunitários de Saúde.....	38

4. Relações Públicas e Campanhas de Comunicação para a Saúde	40
5. Literacia em Saúde	44
Capítulo IV	48
Projecto: Estratégia de Relações Públicas para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa	48
1. Análise da Situação / Investigação	48
1.1. Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul.....	48
1.2. Caracterização da Região Vale de Sousa Sul.....	59
1.3 Definição do (s) Problema (s).....	68
2. Projecto de uma Estratégia de Comunicação para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul	70
2.1. Meta.....	71
2.2. Propósitos Globais.....	71
2.3. Eixos Estratégicos	72
2.4. Mensagens de Comunicação por Eixo Estratégico	75
2.5. <i>Stakeholders</i> do Agrupamento de Centro de Saúde do Vale de Sousa Sul.....	77
2.6. Públicos-alvo	77
2.7. Classificação do Estado dos Públicos-Alvo Face ao Assunto.....	79
2.8. Parceiros	80
2.9. Meios de Comunicação Social	84
2.10. Objectivos de Comunicação por Público-Alvo.....	85
2.11. Planificação da Estratégia de Relações Públicas.....	85
2.12. Custo Estimado da Estratégia de Comunicação	104

2.13. Calendarização da Estratégia de Comunicação.....	106
2.14. Extensão da Estratégia de Relações Públicas a três anos.....	107
Conclusão	108
Anexo 1	117

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - ACES Pertencentes à Administração Regional do Norte, I.P.....	49
Ilustração 2 – Mapa da Região do Vale do Sousa Sul.....	50
Ilustração 3 – Unidades Funcionais do ACES em Paredes	54
Ilustração 4 – Unidades Funcionais do ACES em Castelo de Paiva.....	55
Ilustração 5 – Unidades Funcionais do ACES em Penafiel	55

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Taxa de Internamento Padronizada para Todas as Idades.....	62
Tabela 2 – Eixos Estratégicos.....	73
Tabela 3 – Mensagens de Comunicação por Eixo Estratégico.....	75
Tabela 4 – Parceiros	81
Tabela 5 - Quadro Resumo da Planificação da Estratégia de Relações Públicas.....	86
Tabela 6 – Jogo que Promove Estilos de Vida Saudáveis.....	88
Tabela 7 - Programa “Joga por uma Vida Segura”	89
Tabela 8 - Programa “Festa ate Casa”	91
Tabela 9 – “Festa até Casa”	92
Tabela 10 – Programa “Dê um Chuto na Tuberculose”	93
Tabela 11 – “Dê um Chuto na Tuberculose”	95
Tabela 12 – Programa “A Arte de Cuidar”	97
Tabela 13 – Programa “Arte de Cuidar”	99
Tabela 14 – Programa Criação <i>Newsletter</i>	101
Tabela 15 – Programa Página do ACES do Vale do Sousa Sul no <i>Facebook</i>	102
Tabela 16 – Custo Estimado por Programa.....	104
Tabela 17 – Calendarização do Projecto	106

O Lista de Abreviaturas e Siglas

ADSE (ADSE) - Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

ECL - Equipa Coordenadora Local

PS – Partido Socialista

RP – Relações Públicas

SLS - Sistemas Locais de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VSS - Vale do Sousa Sul

Introdução

A comunicação estratégica ganhou, ao longo dos últimos anos, maior relevância nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, não só porque contribui para expressar a identidade corporativa da organização e criar um clima positivo e saudável entre os diferentes públicos e a organização, mas porque já é considerada como uma das principais armas para a prevenção, promoção e educação para a saúde, que se reflecte, portanto, na melhoria da qualidade de vida de cidadãos, famílias e comunidades.

Por isso, nos últimos anos, as áreas da saúde e comunicação têm vindo a unir esforços com a intenção de motivar os cidadãos para as questões relacionadas com a saúde; gerar acções efectivas para a prevenção de doenças, protecção e promoção da saúde, contemplando ainda a redução do fosso entre os avanços da medicina e os conhecimentos das populações. Têm vindo, também, a perceber quais são as estratégias e meios que podem ser utilizados para garantir que as informações e outras questões relacionadas com a saúde chegam ao público-alvo e produzem os efeitos esperados. Neste ponto de vista as novas tecnologias de informação e os *media* têm-se apresentado como suportes fundamentais nos programas de manutenção da saúde, na prevenção de doenças ou na tentativa de alertar e consciencializar as populações em situações de risco nas sociedades ditas desenvolvidas. No entanto, é importante referir que há muitas regiões do país onde o nível de escolaridade é muito baixo, onde o acesso à informação disponível na Internet é não só uma impossibilidade tecnológica como ao nível da compreensão. Acredita-se que este facto é o responsável por não se conseguir progressos positivos em relação a muitas tentativas de promover estilos de vida saudáveis ou potenciar comportamentos que possam ser considerados como factores protectores face a determinadas enfermidades, especialmente, as que se prendem com processos crónicos e processos de envelhecimento.

Portanto, a comunicação estratégica desempenha um papel fundamental nas instituições que prestam cuidados de saúde primários, uma vez que são consideradas o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Assim, a hipótese que norteia este trabalho é que no contexto de um Centro de Saúde do interior rural de Portugal, um trabalho sério ao nível das Relações Públicas permitirá ganhos relevantes tanto no que é em geral considerado o cerne desta actividade como também em zonas até agora remetidas para outras áreas como a comunicação no interesse público ou a comunicação para a saúde. Uma vez que o trabalho desenvolvido pelos RP é capaz de introduzir inovadoras estratégias para enfrentar alguns dos problemas das instituições prestadoras de cuidados de saúde e estabelecem uma “relação saudável” e de confiança entre o estas e o público (Springston, 2003, p. 539).

Assim, a partir de um estudo de caso tentar-se-á defender, neste trabalho, a posição de que do ponto de vista da Comunicação Institucional não se pode separar o trabalho com os diferentes públicos no sentido mais clássico do termo de Estratégias que poderíamos designar como de Comunicação para a Saúde. O desenvolvimento de campanhas de comunicação para a saúde é indissociável no contexto das organizações que prestam cuidados de saúde de toda uma estratégia global de Relações Públicas.

Assumem-se neste trabalho, dois grandes objectivos. Por um lado, o objectivo empírico de apresentação de um projecto de uma estratégia de Relações Públicas chave na mão a ser implementada no Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa capaz de responder a três problemas elencados pelos profissionais deste Agrupamento: o número de doentes infectados com tuberculose tem vindo a aumentar, principalmente no concelho de Penafiel, o consumo excessivo de álcool, acredita-se que esta enfermidade se reflecte na taxa elevada de mortes causadas por acidentes de viação e, por fim, a dificuldade dos profissionais de saúde em usarem as ferramentas disponíveis para comunicarem. Por outro lado, um objectivo teórico de redefinição do conceito de Relações Públicas de modo a que se passe a incluir nas suas funções a Comunicação no Interesse Público.

O primeiro capítulo está, assim, reservado para uma breve alusão e explicação da evolução dos serviços prestadores de cuidados de saúde em Portugal, as suas fragilidades e problemas enfrentados, pelos Governos, em relação à situação difícil que o país já ultrapassou a vários níveis: económicos, sócias, culturais e políticos até à

criação do Serviço Nacional de Saúde, depois do 25 de Abril, e os vários passos dados na melhoria da qualidade dos serviços prestados até aos dias de hoje.

No segundo capítulo procura-se definir os conceitos de Relações Públicas e Comunicação e apresentar as suas especificidades. Afinal os dois conceitos não têm mesmo significado? Qual a sua importância nas organizações?

O terceiro capítulo é dedicado à Comunicação para Saúde. Procura-se definir o conceito e aprofundar o tema daquele que será o âmbito do Projecto a desenvolver, ou seja, a área da saúde. Assim sendo, para além da definição do conceito de Comunicação no Interesse Público, o terceiro capítulo engloba, ainda, a definição do conceito e especificidades da Comunicação para a Saúde e, ainda mais especificamente, o conceito de literacia em saúde.

Finalmente, no último capítulo é apresentado o projecto de uma estratégia de Relações Públicas para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul, que tem como principal objectivo contribuir para a promoção de hábitos, estilos e comportamentos de vida saudáveis, assim, funcionar como uma alavanca para cumprimento da missão da organização.

É, também, neste capítulo que incluo a investigação e análise da situação sobre o ACES do Vale do Sousa Sul. Esta análise da situação foi feita recorrendo a análise documental no que diz respeito ao Agrupamento, por outro lado, por análise documental e através das conversas informais tidas com profissionais de saúde, sobretudo, com coordenadores de algumas das unidades funcionais e com o Conselho Clínico da instituição. Assim, este percurso permitiu-me perceber se, uma vez que a comunicação estratégica desempenha um papel fundamental nas instituições prestadoras de cuidados de saúde primários, se ela usada de forma eficaz.

Capítulo I

Serviço Nacional de Saúde

“Serviço Nacional de Saúde correspondeu, pois, a uma necessidade político-social, em face, da situação sanitária do país, a um imperativo constitucional e a um dever de consciência Individual”

(António Arnaut, 2009, p.11-12)

1. Evolução dos Serviços Públicos de Saúde em Portugal

A prestação e a oferta dos cuidados de saúde, em Portugal, foram evoluindo a par da evolução social, política e económica do país. São vários os autores portugueses que têm vindo a estudar e a analisar a evolução da prestação de cuidados de saúde em território nacional, e que defendem esse facto. Francisco George (2004), por exemplo, no seu livro *Histórias de Saúde Pública*, defende que a saúde está inter-relacionada com o desenvolvimento socioeconómico das sociedades: “não há saúde sem desenvolvimento, nem desenvolvimento sem saúde” (George, 2004, p.11). Por isso, a melhoria da saúde pública¹ revela-se fundamental para o bem-estar e progresso de qualquer sociedade.

Em Portugal, a prestação organizada de cuidados de saúde levou muito tempo a satisfazer as necessidades do país, começando por ser de iniciativa religiosa e das corporações medievais com os primeiros *hospícios* a nascerem “à sombra” dos primeiros mosteiros. Mas estes revelavam-se francamente insuficientes para a situação do país, uma vez que as condições de higiene e alimentação eram muito deficientes, fazendo com que acelerassem as doenças infecto-contagiosas. Perante esta condição, a taxa de mortalidade revelava-se muito alta.

¹ O inglês Donald Acheson, em 1988, define Saúde Pública como “a ciência e arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços organizados da sociedade” (George, 2004, p.11).

1.1. Primeiras Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde

Pode dizer-se que a evolução e as transformações nos cuidados de saúde, em terras lusas, foram acontecendo a “conta-gotas”. Depois da criação dos primeiros hospícios, só em 1485, por mão de D. João II, é que surge o primeiro hospital – Hospital de Todos os Santos – com 324 camas, onde está actualmente instalado o Hospital de São José, em Lisboa. No mesmo ano, a sua esposa, D.^a Leonor, cria outro hospital, este localizado nas Caldas da Rainha e com capacidade para 117 camas. Esta foi considerada a primeira grande reforma na saúde portuguesa de cariz “estatizante” (Arnaut, 2009, p.109). Note-se que foi nesta altura que os serviços de saúde começaram a ser concentrados nos grandes centros urbanos.

No entanto, em meados do século XVIII, depois da criação dos dois hospitais citados acima, e dos *hospícios*, a medicina continuava a não conseguir responder às necessidades do país, no campo da saúde, pois Portugal era marcado pela ruralidade e os rendimentos socioeconómicos eram muito baixos. A preparação cultural, a instrução da população e os hábitos alimentares revelavam-se igualmente deficientes, fazendo com que as famílias estivessem predispostas a maiores e vários riscos graves - doenças transmissíveis, que facilmente se propagavam devido às fracas condições de higiene, saneamento e hábitos alimentares imperfeitos. A população estava, sem dúvida, sob “riscos incontroláveis” que se reflectiam na “expressão da mortalidade infantil e juvenil”. O que fazia com que metade das crianças nascidas não conseguisse atingir a idade adulta. (George, 2004, p. 11).

Tendo em conta este panorama, podemos afirmar, sem dúvida, que a saúde é um dos sectores onde os bons resultados não estão dependentes apenas dos Ministérios da Saúde. No entanto, os Governos podem ter um papel fundamental na melhoria da saúde pública através da promulgação de legislação e de medidas que contribuam para a maior instrução e criação de infra-estruturas para bem-estar das populações.

Foi apenas em 1899 que se deu um importante passo: os serviços de saúde pública começam a ganhar as primeiras formas, por mão de Ricardo Jorge, com o decreto de 28 de Dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. A prestação de cuidados de saúde

fica a cargo dos estabelecimentos privados, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Apesar de ter sido dado um passo importante no que diz respeito aos cuidados de saúde pública, foi na década de 40 que surgiu, realmente, a percepção de que era necessária uma reforma profunda no que diz respeito à saúde. Apesar dos avanços surgidos antes, as condições sanitárias do país continuavam a acelerar o aparecimento de doenças e as formas de as combater revelavam-se ao mesmo tempo muito imperfeitas. Como escreve Constantino Sakellarides, no seu livro *De Alma a Harry*, “não é o facto de a situação ser má – é sobretudo a grande dificuldade em mudá-la, que a torna mais dramática” (Sakellarides, 2005, p. 33). A necessidade de resposta nesta altura, por parte do Estado, tornava-se mais importante do que nunca. Foram criados, então, institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como de tratamento à tuberculose, outras doenças altamente contagiosas e à saúde materna com o Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1945.

1.2 Criação do Ministério da Saúde e da Assistência

Perante esta tomada de consciência, em 1946, com a Lei n.º 2011, de 2 de Abril do mesmo ano, surgem mais hospitais, que foram entregues às Misericórdias. Estes estavam preparados para receber doentes e prestar os cuidados de saúde mais indicados.

Nesta altura também a organização do Governo, mais concretamente a tutela dos serviços de saúde e dos serviços de assistência pública, acompanhava as restantes alterações no campo da saúde. Esta passa a estar a cargo de um Ministério especializado concentrado unicamente nas melhorias das condições de saúde: o Ministério da Saúde e da Assistência.

Assim, em 1963, o Estado, com um Ministério organizado e dedicado à melhoria da prestação de cuidados e assistência, passa a ter, finalmente, a responsabilidade de organizar e proceder à manutenção dos serviços de saúde que não podiam ser entregues à iniciativa privada. No entanto, cabia-lhe fomentar a criação de instituições particulares que se integrassem nos princípios legais e oferecessem as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo a acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, criando as Caixas de Previdência que cobriam uma parte da população com uma espécie de seguro-doença

obrigatório e a ADSE², destinada a determinados grupos de trabalhadores. Perante estas mudanças, também as carreiras dos profissionais de saúde e os hospitais precisavam de ser regulamentados, sendo alvo de uniformização e de regulação, cinco anos mais tarde. Coriolano Ferreira foi quem projectou o Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de Abril de 1968, conseguindo ver aprovado o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais onde se estabelecem os princípios de organização e de gestão que serviram de orientação para o desenvolvimento dos hospitais nas três décadas seguintes. Constantino Sakellarides (2005) considera que Coriolano Ferreira foi “um organizador por excelência”, pois tinha um “espírito vivíssimo, meticuloso e dialogante, foi a grande figura de referência da administração hospitalar portuguesa, na segunda metade do século passado” (Sakellarides, 2005, pp. 33 e 35) Isto porque também teve a preocupação de enviar para a Escola de Saúde Pública de Rennes, em França, “jovens promissores”³ para fazerem a sua formação em administração, para que fossem capazes de continuar a administrar os hospitais portugueses.

1.3. Primeiros Centros de Saúde Portugueses

É em 1971, com Francisco Gonçalves Ferreira como Secretário de Estado da Assistência do Governo de Marcelo Caetano, que surgem os primeiros Centros de Saúde – a reforma de Gonçalves Ferreira – veio acompanhada de novidades relacionadas com a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais de saúde e outros funcionários a cargo do Ministério da Saúde e Assistência a nível nacional. Estes foram considerados os “centros de saúde de primeira geração”. Foram pensados como “dispositivos coordenadores do conjunto dos serviços locais de saúde extra-hospitalares”, articulando-se com outros serviços sociais e privados (Sakellarides, 2005, p. 63). Com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, foram lançados os princípios pelos quais o Ministério da Saúde e Assistência passou a reger-se. Assim, o direito à saúde dos portugueses passava a ser reconhecido, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização dos serviços de saúde, numa tentativa de

² Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

³ Esses jovens eram Barros de Freitas, Correia de Campos, Meneses Duarte, Moreno Rodrigues e Sá Ferreira.

dinamizar os serviços locais, sendo excluídos da reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.

1.4. O 25 de Abril e o Serviço Nacional de Saúde

No entanto, é só em 1974, e já com o Ministério dos Assuntos Sociais a tutelar a saúde, que se encontram, verdadeiramente, reunidas as condições sociais e políticas que permitem a criação de um sistema de saúde já muito próximo do Serviço Nacional de Saúde⁴.

A situação sanitária do país continuava desoladora, comparada com a dos demais países da CEE⁵. As doenças infecto-contagiosas resultantes da inexistência de redes de saneamento e de abastecimento de água, as carências alimentares, a elevada taxa de mortalidade infantil – que em alguns distritos chegava a ser de 30% – eram uma realidade. Para piorar a situação do país, começavam a surgir as doenças de foro psiquiátrico e cardiovasculares, tumores malignos e outras relacionadas com alcoolismo e típicas de países industrializados. De acordo com este panorama, a esperança média de vida não ultrapassava o patamar médio dos 60 anos. A reforma de 1971 e a cobertura médico-hospitalar revelavam-se, mais uma vez, insuficientes, uma vez que o acesso aos cuidados de saúde ainda não abrangia a população de igual forma: as pessoas com maiores possibilidades económicas recorriam às casas de saúde privadas e aos quartos particulares dos hospitais públicos. O grupo dos remediados, para ter acesso aos cuidados de saúde, tinha de pagar parte desses cuidados, e os indigentes precisavam de um atestado municipal para serem assistidos gratuitamente. A franja da população que não se enquadrava em nenhum destes grupos era maior. Por carência económica ou distanciamento geográfico, uma vez que antes do 25 de Abril mais de 80 por cento dos equipamentos e recursos humanos estava centralizado em Lisboa, Porto e Coimbra, muitos doentes morriam por falta de assistência médica ou por escassez de meios económicos para recorrer ao médico ou comprar medicamentos (Arnaut, 2009, p.42).

O 25 de Abril trouxe a esperança de também a saúde ser objecto de uma revolução, dada a situação do país. É esta esperança que leva a que seja traçado o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, que consagra o direito à protecção da

⁴ “Serviço nacional pelo qual o Estado assume a obrigação social de garantir o direito à protecção da saúde. É um serviço geral, universal e [tendencialmente] gratuito” (António Arnaut (2009) pág. 29).

⁵ Comunidade Económica Europeia, à qual Portugal aderiu em 1986.

saúde como um direito fundamental, universal, geral e gratuito. O Estado passou a ter a “obrigação de garantir”, através “de uma rede pública”, os serviços, equipamentos e recursos humanos, o acesso de todos os cidadãos à saúde sem discriminação e assegurar o direito à protecção da saúde, tendo para isso de garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

Os sistemas de saúde e prestação de cuidados foram sendo aperfeiçoados até realmente se poder considerar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tal como o concebemos actualmente. Considerado o pai do Serviço Nacional de Saúde, António Arnaut foi quem deu, em 1978, um forte contributo para os avanços que Portugal foi tendo no campo da saúde. Inspirando-se no modelo de prestação de cuidados de saúde usado em Inglaterra (*National Health Service*)⁶, concluiu o projecto para o SNS instituído pela Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro, já no Governo de Mário Soares. (Arnaut, 2005, p.12)

O SNS passou a ser considerado um serviço do sector público constituído por uma ampla rede de estabelecimentos e equipamentos pertencentes ao Estado e pelos profissionais que ali trabalham, com o dever de garantir o direito à protecção da saúde a um nível geral, universal e gratuito. Este serviço nunca impediu, nem impede actualmente, a existência do sector privado de saúde. Previa-se apenas o recurso, por parte dos doentes, ao sector privado quando o público não tivesse a possibilidade de responder.

Os serviços médico-sociais passaram, assim, a estar acessíveis a todos os cidadãos, independentemente das suas capacidades contributiva e económica. Pela primeira vez, pôde considerar-se que os cuidados de saúde eram de facto universais, gerais e gratuitos, prevendo a comparticipação dos medicamentos. Tal como defende António Arnaut (2009), o SNS é “geral” porque se destina a todos os portugueses sem qualquer distinção ou discriminação social, cultural e/ou económica; “universal” porque visa a prestação de todos os cuidados de saúde no seu “tríplice aspecto” (prevenção, cura e reabilitação); e “gratuito” por ser financiado pelo Estado, não implicando

⁶ O *National Health Service* surgiu na Grã-Bretanha em 1948 com 14 Autoridades Sanitárias Regionais e três Escritórios Provinciais – País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte. Foi, também sofrendo reformulações ao longo dos anos. Tem como princípios básicos: universalidade, integralidade e gratuidade.

pagamento directo por parte dos utentes. O SNS trouxe, assim, a igualdade dos cidadãos “perante a doença”, como sempre defendeu o seu fundador (Arnaut, 2009, p.79).

Os anos 70 foram, sem dúvida, importantes para o Sistema Nacional de Saúde criado com autonomia administrativa e financeira. O acesso aos cuidados de saúde passou a estar acessível a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social; a organização do SNS passou a ser feita de forma descentralizada e desconcentrada, começando por compreender órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários: centros comunitários de saúde, hospitais gerais e outras instituições especializadas que prestam serviços diferenciados.

Após o 25 de Abril, a criação do SNS foi considerada o maior passo para “uma sociedade mais justa”: o direito à protecção da saúde como direito fundamental e o facto de impor ao Estado a obrigação de garantir - através de uma rede pública de serviços e equipamentos - o acesso de todos os cidadãos, sem discriminação, aos cuidados de saúde.

1.5. Serviço Nacional de Saúde: um direito fundamental

Neste contexto, António Arnaut (2009) chega a afirmar que “a liberdade na saúde chama-se Serviço Nacional de Saúde”, cabendo ao Estado o seu financiamento. Deve o governo propor à Assembleia da República uma votação orçamental que tenha em conta a evolução do produto nacional bruto. Assim, a implementação e a sua eficiência dependem da riqueza produzida e do critério desta assembleia (Arnaut, 2009, p. 57).

Na sociedade, os direitos fundamentais dos cidadãos são o direito à segurança social, à saúde, à habitação, ao ambiente e qualidade de vida, ao trabalho, à educação, ao ensino e à cultura. Arnaut (2009) considera que o Homem que tem acesso a estes direitos é um ser “livre”: “não é livre o homem que não tem trabalho, habitação, cultura, saúde e segurança social” (Arnaut, 2009, p.57).

Assim, o Partido Socialista (PS) conseguiu implementar em Portugal o que pretendia e defendia com o SNS: “a saúde para todos, liberdade para todos” (Arnaut,

2009, p.57). Esta posição era igualmente defendida por Constantino Sakellarides: “o SNS era uma esperança de melhor saúde para todos, a ideia de progresso e justiça social, a fórmula definitiva da democratização da saúde” (Sakellarides, 2005, p. 72).

A criação de um sistema de saúde disponível para todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação e não centralizado era o que, de facto, o país precisava. Foi graças a ele que Portugal conseguiu ver a descida da taxa de mortalidade infantil, um aumento da esperança média de vida e uma satisfatória cobertura médico-hospitalar. Esta evolução foi um marco muito importante para diminuir o atraso do país, no que diz respeito à saúde, relativamente aos restantes estados-membros europeus.

A partir de 1979, também os cidadãos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos passaram a ter acesso livre e gratuito ao SNS em Portugal. Também outras realidades relacionadas com a saúde foram tidas em conta, e mesmo melhoradas, como os cuidados integrados, a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

1.6. Serviço Nacional de Saúde: de gratuito a tendencialmente gratuito

No entanto, depois da criação do SNS as discussões à volta dele foram muitas, especialmente pela voz dos partidos políticos à direita, tendo vindo a sofrer alterações. Mas é de notar que essas alterações foram necessárias, tal como todas aquelas que ainda acontecem actualmente, uma vez que na “saúde nunca nada está perfeito”.

A primeira alteração ao Serviço Nacional de Saúde surge em 1979 com a possibilidade de a oferta dos cuidados de saúde não ser totalmente gratuita, havendo o desejo de implementar as taxas moderadoras, tal como existem actualmente.

Mas esse desejo só foi realizado 10 anos depois numa revisão constitucional ao artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, levando a que na alínea a) do n.º 2 a palavra “gratuito” fosse substituída por “tendencialmente gratuito”, antecedido da expressão “tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”. Esta alteração destinou-se apenas a tornar constitucionais as taxas moderadoras, admitidas pela lei n.º 56/79. Uma outra alteração surge na alínea c) do n.º 3, onde estava

consagrada como obrigação do Estado a socialização da medicina e dos sectores médico-medica-mentosos” passou a ler-se: “orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentos”. Note-se que o partido socialista só admitia a existência das taxas moderadoras no caso de se destinarem à racionalização da procura dos cuidados de saúde desnecessários, não as admitindo como forma de financiamento do sistema (Arnaut, 2009, 147).

Aliás, o Partido Socialista era igualmente contra o sistema de saúde convencionado, definindo-o como sendo “medicina liberal paga pelo Estado”. António Arnaut (2009) considera que este sistema não corresponde aos interesses do país e “ofende frontalmente” o artigo 64.º da Constituição, porque não assegura os princípios de universalidade e da generalidade. Abrange praticamente “a medicina curativa” e não permite o “planeamento global, a direcção unificada, integrada e participada de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde”. De acrescentar que também não contempla a distribuição de médicos por todo o país, havendo o risco da concentração destes profissionais nos grandes centros urbanos (Arnaut, 2009, p. 42).

1.7. Administrações Regionais de Saúde

Depois de criadas as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, para a promoção e vigilância da saúde e prevenção das doenças”; “diagnóstico e tratamento dos indivíduos doentes e reabilitação de diminuídos”; “ensino e formação de trabalhadores de saúde”, em 1982 são substituídas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Estas têm personalidade jurídica, autonomia financeira e administrativa, e património próprio; estão presentes em cada região de saúde, havendo cinco em Portugal (Administrações Regionais de Saúde do Norte; do Centro; de Lisboa e Vale do Tejo; do Alentejo; e do Algarve). Cabe a cada uma delas a gestão dos seus recursos humanos, apoio técnico e administrativo. Devem proceder à avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

Em 1983, o Ministério da Saúde, através do Decreto-Lei n.º 344-A/83 de 25 de Julho, aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional. O Ministério passa a existir com autonomia pronunciada pela importância do sector, pelo volume dos serviços, pelas infra-estruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem. Por outro lado, os centros de saúde surgem como unidades integradas de

saúde, tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde.

As alterações que dizem respeito à saúde vão acontecendo todos os anos e em diversos sectores ligados a esta área. Um ano depois é dado mais um passo importante para o crescimento do Serviço Nacional de Saúde, sendo o momento para terminar com os serviços médico-sociais da Previdência, ao ser criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Torna-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direcção e de avaliação da actividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários.

1.8. Lei de Bases da Saúde

Na década de 90 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde⁷, que veio definir de forma concreta e clara os direitos e deveres dos cidadãos e do Estado. O artigo 1.º da Lei esclarece muito bem que a protecção da saúde é um direito de todos “os indivíduos da comunidade”, mas ao mesmo tempo uma “responsabilidade dos cidadãos da sociedade e do estado” (Lei de Bases da Saúde Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). Esta Lei fixa ainda que os cuidados de saúde podem ser prestados por estabelecimentos pertencentes ao Estado ou por outras entidades públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos, mas sempre sob a fiscalização do Estado, para que os direitos dos utentes sejam respeitados. Nesta década, depois de fixadas as taxas moderadoras, como forma de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, surge ainda a isenção destas por parte dos grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e financeiramente desfavorecidos. Esta medida vem, de certa forma, contrariar o que defendia o PS na primeira versão do artigo 64º, que englobava todos os cidadãos sem qualquer distinção social, cultural e económica.

⁷ Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

1.9. Novos Estatutos do SNS

Já com o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, renovado em 1993, são criadas as Unidades Integradas de Cuidados de Saúde – Unidades de Saúde – que vieram viabilizar a articulação entre os centros de saúde e os hospitais. As crescentes exigências da população em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias exigem que a gestão dos recursos se faça tão próxima quanto possível dos seus destinatários. Daqui resulta a criação das regiões de saúde, como forma de organizar o SNS em todo o país (região de saúde do Norte, com sede no Porto; do Centro, com sede em Coimbra; de Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; do Alentejo, com sede em Évora; e do Algarve, com sede em Faro), dirigidas por Administrações Regionais de Saúde com competências e atribuições reforçadas.

1.10. Sistemas Locais de Saúde

Já nos finais da década de 90 é estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que substitui as Unidades de Saúde. Trata-se de um conjunto de recursos complementares articulados e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Dos SLS fazem parte os centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção directa ou indirecta numa determinada região de saúde. Este final da década de 90 volta a ser muito importante para os centros de saúde, pois são criados os “centros de saúde de terceira geração”. Estes são considerados pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira com património próprio, mas tutelados pelo Ministro da Saúde.

1.11. Cuidados de Saúde Primários

Já nesta década, com o Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, é criada a rede de Cuidados de Saúde Primários⁸, que compreende um conjunto de intervenções coordenadas. Irradiando do Centro de Saúde Comunitária, as intervenções são de natureza preventiva, sanitária, médica, paramédica e médico-social, com vista à promoção e vigilância da saúde, diagnóstico e tratamento. Uma criação importante, uma vez que se continuam a providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos. Mais importante ainda, a rede deve funcionar em articulação com os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta criação é, sem dúvida, determinante na gestão dos problemas de saúde agudos e/ou crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam co-existir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Volvidos dois anos, este diploma é revogado através do Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio.

1.12. Serviço Nacional de Saúde mais Próximo das Populações

Se até aqui cabia ao Estado regular e supervisionar as instituições de saúde, em 2003 é criada a Entidade Reguladora da Saúde, que passa a desenvolver as funções do Estado no que diz respeito à “regulação e supervisão das instituições prestadoras de cuidados de saúde”. É uma entidade independente na realização das suas funções e cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes (Entidade Reguladora da Saúde, 2007).

Em 2007 surgem as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF), definidas como sendo “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multi-profissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos

⁸ “Os cuidados de saúde primários são o núcleo do sistema de saúde e factor decisivo do desenvolvimento social e económico da comunidade”. São prestados “cuidados essenciais, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias, com a sua plena participação” (António Arnaut, 2009, pg. 46).

de desenvolvimento: A, B e C”⁹. Têm como missão “a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto). As USF devem ser dotadas de equipas multi-profissionais capazes de “potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional”, contribuindo para “uma relação interpessoal e profissional estável”, segundo a alínea dois do mesmo artigo citado acima. As USF podem ser classificadas segundo “três modelos de desenvolvimento”: através da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e aprovadas por despacho do Ministro da Saúde. As USF têm autonomia organizativa, funcional e técnica, estando em rede com outras unidades funcionais dos Centros de Saúde ou das Unidades Locais de Saúde.

Em 2008, o Governo, como forma de melhorar e/ou incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde e melhorar a sua gestão, estabelece a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Estes são considerados serviços públicos de saúde com autonomia administrativa e são constituídos por várias unidades funcionais, tendo por missão a garantia da “prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei n.º 28/2008).

O Governo, através deste Decreto-lei, acredita que a prestação organizada de cuidados de saúde à população pode, finalmente, ganhar a tão esperada estabilidade através de uma gestão rigorosa, equilibrada, com a consciência plena das necessidades que a população apresenta. Mas, acima de tudo, “prevê -se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde” (Decreto-Lei n.º 28/2008).

A última mudança a que assistimos foi a reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, em articulação com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de

⁹ Estes modelos resultam do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico.

saúde. No horizonte está a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificado nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros (Administração Regional do Norte, I.P., 2011).

Ao longo deste texto, apercebemo-nos de que, de facto, foram muitos os Decretos-Lei discutidos e aprovados para que actualmente possamos usufruir de todos os serviços pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde. No entanto, muito mais poderia referir, sendo que os cuidados de saúde já existiram sem qualquer decreto ou regulamento, uma vez que eram prestados por leigos. Para este trabalho, interessa-nos apenas o que até aqui foi dito.

2. Serviço Nacional de Saúde: uma questão actual

O Serviço Nacional de Saúde, implementado através do Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, surge porque a dicotomia entre os cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se incorrecta do ponto de vista médico e geradora de disfunções ao nível da sua organização. Com o Serviço Nacional de Saúde previa-se a criação de unidades de saúde que fossem capazes de viabilizar “a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais” (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro). Nesta altura já se tinha tomado consciência de que as populações começam a ser exigentes em relação à qualidade dos serviços e “prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias”, levando à gestão dos recursos cada vez mais dos seus destinatários.

Assim, o Serviço Nacional, geral, universal e tendencialmente gratuito, “é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços prestadores de cuidados de saúde”, que funcionam sob a fiscalização ou a tutela do Ministério da Saúde. Em articulação com este serviço, fazem parte entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestadoras de cuidados de saúde, cabendo, igualmente, ao Estado a sua superintendência. Este serviço trouxe ao Estado a responsabilização da “protecção da saúde individual e colectiva”.

2.1. Administrações Regionais de Saúde

O SNS organiza-se em Administrações Regionais de Saúde (ARS), a quem cabe o planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação das actividades e gestão dos recursos humanos. Tal como o apoio técnico e administrativo e avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. As Administrações Regionais têm autonomia administrativa e financeira, acrescentado a sua personalidade jurídica e património próprio. As Administrações estão divididas pelo país da seguinte forma:

- a) A Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- b) A Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- c) A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- d) A Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- e) A Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

As ARS têm a missão de garantir à população de cada região o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, tendo sempre em conta recursos disponíveis às necessidades em saúde.

Dependem das Administrações, de cada região do país, orgânica e funcionalmente”, os Centros de Saúde e Agrupamentos de Centros de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93).

2.2. Centros de Saúde

O Centro de Saúde, primeira instituição que surge com o SNS, é o “primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro). Assim, o hospital não deve ser tido como a escolha primeira em determinados casos.

Todos os Portugueses, desde que escolham fazer parte do SNS, podem usufruir deste serviço. No entanto, também os cidadãos que pertençam aos Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis e os cidadãos

estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os apátridas também têm o livre acesso ao SNS¹⁰.

2.3.Dos Centros de Saúde aos ACES

Depois de o XVII Governo Constitucional reconhecer que os Centros de Saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, tendo como objectivo principal a promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, estando ligados a outros serviços para a continuidade à assistência, a legislação, pela qual os Centros de Saúde se regiam, implementada em 1971, veio a sofrer reformulações ao longo dos anos. A primeira surgiu em 1982, mas é em 1999, com o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, que surgem novas e profundas alterações com vista a tornar o sistema de saúde mais próximo da realidade da saúde portuguesa da década 90.

Mas esse esforço não foi conseguido e em 2003 o diploma de 1999 é revogado pelo Decreto-Lei n.º60/2003 de 1 de Abril, que, por sua vez, viria também a ser revogado dois anos mais tarde pelo Decreto-Lei n.º88/2005 de 3 de Junho, por não ter em conta a diversidade das dimensões reais dos Centros de Saúde, nem lhes conferir qualquer autonomia. Chegava-se, então, à conclusão de que era necessário criar órgãos de gestão mais flexíveis e mais próximos dos cidadãos.

Perante a dificuldade do Governo em encontrar a melhor forma de organização e funcionamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde primários e a extinção das Sub-Regiões de Saúde resultaram na criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) regidos pelo Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de Fevereiro. Antes da sua criação foram tidos em conta vários pressupostos e as características de cada região do país com o objectivo de trazer a estabilidade tão necessária às unidades de saúde que prestam os cuidados importantíssimos, na doença, para os cidadãos. Partiu-se então do princípio, que para ser criado um ACES, numa determinada região do país, essa região teria de abranger entre 50 mil e 200 mil utentes (para ter massa crítica e criar dinamismo, não adquirindo contudo, uma dimensão capaz de ser geradora de bloqueios); existência de acessibilidades geográficas entre as unidades e os seus níveis

¹⁰ www.dgs.pt

superiores (ACES); existências de um hospital nessa mesma região para que as unidades desse agrupamento possam corresponder ao mesmo estabelecimento hospitalar (uniformidade na referência hospitalar); identidade geográfica e cultural alicerçada num histórico de problemas comuns com soluções similares; a densidade populacional; o índice de envelhecimento e a região plano onde se inserem, ao nível da NUTS III (Agrupamento de Centros de Saúde, s.d.).

O ACES, é um organismo que presta o serviço público de saúde, apesar de ser constituído por várias unidades funcionais, tem autonomia administrativa. Essas unidades funcionais agrupam um ou mais Centros de Saúde, e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Essas unidades funcionais são: Unidades de Saúde Familiar; Unidades de Cuidados Continuados de Saúde Personalizados; as Unidades de Cuidados à Comunidade; Unidades de Saúde Pública e as Unidades de Recursos Assistências Partilhados, podendo fazer parte deste conjunto outros serviços considerados necessários pelas Administrações Regionais de Saúde de cada região. Cada unidade funcional tem uma equipa multiprofissional com capacidade e autonomia de organização e técnica, no entanto “actua” de acordo com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES. Cada unidade funcional tem um coordenador com conhecimentos e experiência no que diz respeito à função a desempenhar, competência técnica e formação em gestão com preferência gestão em saúde, designado pelo Director Executivo do ACES, depois de ouvido e discutido com o Conselho Clínico.

2.3.1 Missão do ACES

O ACES tem o dever de “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”. Para facilitar o cumprimento do seu dever, os ACES “desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”. Cabe também a cada Agrupamento a vigilância epidemiológica, apostar na investigação em saúde, controlando e avaliando os seus resultados. Participam também na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré -graduada, pós -graduada e entre outros como refere o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.

2.3.2. Composição do ACES

O ACES é composto por um Director Executivo a quem cabe a gestão das actividades, dos recursos humanos, financeiros e de equipamentos do ACES; pelo Conselho Executivo, composto pelo Director Executivo, pelos Presidentes do Conselho Clínico e do Conselho da Comunidade, a quem cabe a realização de diversos relatórios, no que diz respeito à saúde, assegurar a articulação do ACES com os municípios da sua área geográfica e promover a divulgação ao público informações úteis sobre os serviços prestados pelo ACES e as suas unidades funcionais, relatórios e indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projecto realizados e entre outros. Também pelo Conselho Clínico, composto pelo Presidente que deve ser médico especialista em medicina geral e familiar, pelo menos, com grau de consultor e experiência efectiva na sua especialidade, a exercer funções no ACES, e por três vogais. Um deles deverá ser médico especialista em saúde pública, um enfermeiro com a categoria de, pelo menos, especialista e um profissional escolhido de entre os profissionais de saúde a exercer funções no ACES. Cabe-lhe avaliar os cuidados de saúde prestados; fixar procedimentos que levem à melhoria e garantam a qualidade dos serviços prestados; organizar e controlar as actividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação e, entre outros. O Conselho da Comunidade é composto por:

- a) Um representante indicado pelas câmaras municipais da área de actuação do ACES, que preside;
- b) Um representante de cada município abrangido pelo ACES, designado pelas respectivas assembleias municipais;
- c) Um representante do centro distrital de segurança social, designado pelo conselho directivo;
- d) Um representante das escolas ou agrupamentos de escolas, designado pelo director regional de educação;
- e) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;

- f) Um representante da associação de utentes do ACES, designado pela respectiva direcção;
- g) Um representante das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respectivo presidente, sob proposta daquelas;
- h) Um representante das associações de empregadores com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respectivo presidente, sob proposta daquelas;
- i) Um representante do hospital de referência, designado pelo órgão de administração;
- j) Um representante das equipas de voluntariado social, designado por acordo entre as mesmas;
- l) Um representante da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.

Cabe-lhe acompanhar a execução dos planos de actividade, podendo para isso obter do director executivo do ACES as informações necessárias, alertar o director executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde, propor acções de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria, dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de actividades do ACES e respectivos orçamentos, antes de serem aprovados e entre outros.

Nos ACES existem também uma Unidade de Apoio à Gestão e um gabinete reservado para os utentes - Gabinete do Cidadão. A primeira presta apoio administrativo e geral ao Director Executivo, ao Conselho Clínico e às diferentes Unidades Funcionais através de um responsável, designado pelo Director Executivo, com formação e experiência superior adequadas ao cargo. Esta Unidade trabalha em articulação com os serviços de apoio da respectiva ARS. Já à segunda compete a verificação as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde (informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários, receber observações, sugestões e reclamações por parte dos utentes e responder às mesmas e entre outros), tendo de ser capaz de organizar canais de comunicação com cada unidade funcional e/ou centro de saúde do ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Capítulo II

Relações Públicas

“As Relações Públicas são uma válvula de segurança para a liberdade, proporcionando um meio de trabalhar sem acomodações, fazem a acção arbitrária ou coacção menos provável.”

(Philip Lesly, 1997, p.9)

1. Perspectivas e Definição do Conceito de Relações Públicas

O conceito de Relações Públicas (RP) é apresentado segundo várias definições. Ao longo dos tempos foram vários os autores e instituições que definiram RP de diferentes formas. No entanto, pode considerar-se que o conjunto dessas definições se complementa. Essa multiplicidade de definições surge porque a actividade de Relações Públicas tem vindo a ser exercida de diferentes formas ao longo dos tempos e de acordo com os contextos sociais, económicos e políticos.

“As relações públicas são um produto de circunstâncias políticas e económicas do seu tempo e evoluem de acordo com as necessidades do ambiente que as rodeia” (Yeomans & Tench, 2006, p. 1).

Soares, no 4º Congresso da SOPCOM, serve-se do papel das RP nos países anglo-saxónicos e latinos para provar esse facto, sendo que *“Public Relations”* nos países anglo-saxónicos está ao nível da gestão de topo. Como refere, é normal encontramos nas diversas empresas vice-presidentes para *“as Relações Públicas na dependência directa do Presidente da Organização”*, com *“preocupações díspares”*; Soares serve-se dos exemplos do *Good will* e a manutenção da imagem da organização junto de públicos específicos. O mesmo não acontece nos países latinos (SOPCOM, 2004, pp.515-517).

As Relações Públicas têm vindo, de facto, a ganhar cada vez mais relevo em todos os aspectos da vida pública: nos *media*, nos Governos e nos seus órgãos, nas organizações privadas e públicas e no terceiro sector¹¹, abrangendo cada vez mais funções. Philip Lesly (1997) explica a variedade de funções e as novas tendências de RP como conceito de *umbrella* (Lesly, 1997, p.6).

1.1 Funções de Relações Públicas

Essas funções prendem-se com o facto de o trabalho das RP ajudar as organizações a adaptarem-se ao contexto social, político e económico onde se inserem, e aos seus públicos de forma mútua. Os RP, ao perceberem e transmitirem os desejos e interesses dos públicos às organizações, acabam por interpretar e falar pelo público para que as organizações possam corresponder às expectativas criadas. Digamos que as Relações Públicas são um meio para conseguir o ajuste mútuo entre instituições e grupos, estabelecendo “relações mais suaves” entre ambas as partes. São colaboradores e mediadores das relações (Lesly, 1997, p.9). Nesta perspectiva, Liz Yeomans & Ralph Tench, em *Exploring Public Relations*, citam a “Declaração do México”, de 1978, que definiu Relações Públicas como sendo “a arte e ciência social de analisar as tendências, prevendo consequências, aconselhando líderes de organizações, implementando programas de acção que sirvam simultaneamente a organização e o interesse público” (Yeomans & Tench, 2006, p. 2).

Se, por um lado, as Relações Públicas podem ser usadas para manter “relações mais suaves” entre o público e a organização e se são capazes de prever consequências e aconselhar os líderes das organizações para que possam ser implementados programas de acção favoráveis para as duas partes, a actividade pode ir mais longe e influenciar comportamentos para atingir os objectivos pretendidos por qualquer organização. Isto é o que defendem o Departamento de Comércio e Indústria e o Instituto de Relações Públicas no livro *Exploring Public Relations* (Yeomans & Tench, 2006, p. 2).

¹¹ O conceito “terceiro sector” apresenta uma panóplia de definições muito vasta. As concepções mais correntes que podemos encontrar na literatura sobre o sector referem que existem duas grandes dimensões estruturantes: “por um lado, uma dimensão referente ao trabalho sobre aspectos sociais em virtude do processo de crescimento económico; por outro lado, a alusão a uma forma alternativa de fazer economia, ideologicamente marcada, rejeitando os modelos autoritários típicos do centralismo, designadamente do modelo capitalista de produção” (Nunes, Neto, Carneiro, 2001, p. 21)

Uma vez que os diversos *stakeholders* são vitais para o sucesso de uma organização, a obtenção de uma opinião positiva de cada um deles é indispensável. Por isso, o Instituto de Relações Públicas, citado no *Exploring Public Relations*, defende que a actividade de RP está intimamente ligada à reputação. Isto porque a atitude e opinião positivas do público para com os produtos e/ou serviços da instituição pública ou privada, as atitudes dos seus colaboradores, comunidade e governo, accionistas, revendedores, distribuidores e fornecedores devem estar integrados na compreensão e aceitação da organização e dos seus objectivos. O Instituto defende, assim, que o trabalho dos RP consiste no “resultado do que fazemos, do que dizemos e do que os outros dizem sobre nós” (Yeomans & Tench, 2006, p. 2). As Relações Públicas, segundo esta visão, não têm apenas o objectivo de influenciar a opinião pública, mas também de trabalhar para estabelecer e manter a boa vontade e entendimento mútuo entre uma organização e os seus públicos (Yeomans & Tench, 2006, p. 2). No livro *Dirección de Relaciones Publicas* considera-se que as Relações Públicas “funcionam no limite exterior da organização, servindo de enlace entre a organização e os grupos e indivíduos externos, que têm um pé na organização e outro fora (Xifra, 2003, p. 57).

Assim, pode concluir-se que o trabalho das Relações Públicas também envolve a análise e compreensão de todos os factores que influenciam as atitudes das pessoas relativamente às organizações.

1.2. As Oito Fases das Relações Públicas

O trabalho das Relações Públicas pode ser dividido em oito fases diferentes, segundo Philip Lesly (1997). A primeira diz respeito à análise do estado das atitudes e a relação da organização com o seu “universo”, uma vez que uma organização não funciona sozinha, mas sim dentro de um sistema, dependendo de tudo/todos o(s) que a rodeia(m). É, então, importante perceber o mais possível as tendências dessas partes, uma vez que elas afectam a organização tanto de forma positiva como negativa. Digamos que se trata de “sentir o pulso” dos diversos públicos com os quais uma organização mantém relações, com o objectivo de determinar as suas atitudes em relação à organização em direcção ao campo em que está inserido. É importante reforçar que a atitude de qualquer membro da organização tem valor, pois quando as atitudes são conhecidas é mais fácil compreender onde é que a organização está a falhar ou se as

suas políticas e acções estão a ser incompreendidas, criando “pareceres desfavoráveis”. Philip Lesly (1997) atribuiu a esta posição a segunda fase, ou seja, a importância da determinação da atitude de qualquer grupo para a organização.

No entanto, todo o trabalho desenvolvido para perceber as atitudes e o que realmente as pessoas pensam sobre a organização, sobre os produtos e/ou serviços, pode revelar os perigos que a organização está a correr (os distúrbios entre trabalhadores ou manifestações organizadas por activistas contra a organização ou, ainda, o descontentamento por parte dos clientes em relação a produtos e/ou serviços da organização). Posto isto, a análise da opinião, considerada por Lesly (1997) a terceira fase, é fundamental para elaborar planos que venham a melhorar a opinião dos diferentes grupos e para que a empresa possa corrigir os seus erros.

Na quarta fase, Lesly (1997) considera que se a organização tiver o hábito de consultar os *stakeholders* e de “vistoriar” a organização para saber o estado em que se encontra, poderá antecipar potenciais problemas e/ou conflitos, necessidades ou oportunidades. Isto permite antecipar situações por parte da organização, mas também auscultar as opiniões e mudanças que poderão estar em desenvolvimento, nas atitudes dos diversos grupos. As análises podem indicar que as políticas de determinada empresa devem ser modificadas para melhorar a atitude tomada por certos grupos. Muitas vezes, a mudança envolve a eliminação das causas de mal-entendidos e erros de interpretação, sendo considerada a quinta fase.

A prevenção dos erros é uma das fases mais importantes das boas Relações Públicas. Haverá uma maior facilidade e mais tempo para criar planos e acções que podem ser recomendadas para responder a essas mudanças de atitude no momento mais vantajoso e sob circunstâncias favoráveis. Assim, haverá também um trabalho base já feito, uma vez que já se conhece o que as pessoas pensam sobre a organização e existe uma clarificação das políticas da organização em assuntos que afectam a opinião pública, considerada a sexta fase. De seguida, basta então fazer o planeamento e programação das actividades que permitirão melhorar a atitude de um grupo. Há, finalmente, espaço para usar as ferramentas de Relações Públicas mais adequadas, fazendo com que esta seja a fase mais tangível de todo o trabalho, considerada a sétima fase. As condições mudam constantemente. As funções de RP contribuem para a

mudança e são afectadas por ela; assim sendo, é importante a constante obtenção de leituras dos públicos. Essas leituras ajudam a avaliar os resultados e desenvolvimentos e a ajustar o programa de relações públicas, e muitas vezes toda a política da organização, naquela que é considerada a oitava fase (Lesly, 1997, p.11).

De facto, todo o trabalho desenvolvido no sentido de perceber as opiniões, atitudes, gostos e desejos dos públicos é também uma “arma” para o sucesso, porque a empresa vai saber agir, conviver e despertar o seu interesse nos seus *stakeholders* para/sobre os produtos e/ou serviços que oferece. Vai, no fundo, influenciar e envolver o público, usando o que o rodeia: o que lê e ouve na rádio e televisão, o que vê nos filmes, aquilo que os outros dizem sobre a empresa. Essas influências têm um enorme impacto sobre os desejos do público.

1.2.1. Táticas para Gerir Relação entre Públicos e Organização

Perante esta posição, Philip Lesly (1997) sugeriu três “táticas” que ajudam a perceber como se deve gerir a relação entre os públicos e a organização. Em relação à primeira tática, denominada por “Domínio dos Públicos”, defende que o profissional de Relações Públicas deve “direccionar” o público para o que a organização pretende. De certa forma, o RP deve “adaptar” o que público faz e o seu pensamento de acordo com os objectivos da organização. De acordo com este ponto de vista, o público é visto como o alvo de interesse pessoal da organização. Já a segunda tática – “Bloqueio e Defesa” – considera que o RP não deve ter receio de enfrentar os problemas ou as crises, sabendo reagir e responder na altura certa. Esta abordagem teve um papel importante na ascensão das Relações Públicas durante a época em que todas as organizações eram consideradas entidades privadas, responsáveis unicamente perante os seus gestores e accionistas ou sócios. Por fim, fala da “Adaptação Mútua”, que já tivemos oportunidade de abordar acima, em que o RP nunca se deve esquecer de ambas as partes. Se conseguir a adaptação mútua entre as partes, a organização beneficiará com isso. As três táticas podem ser usadas em qualquer organização. Contudo, as duas primeiras, por exemplo, trarão benefícios imediatos, mais a curto prazo. Já a terceira tática é a mais recomendada para o sucesso a longo prazo das organizações, sendo que actualmente é a abordagem mais utilizada. Acaba por ser mais benéfico usar esta tática quando exercida de forma contínua, e não apenas quando surgem as ameaças, crises

e/ou necessidades (Lesly, 1997, p.14). Defendo que deve ser esta a tática usada nas organizações de diferentes sectores (publicas, privadas e/ou sem fins lucrativos). Nas instituições prestadoras de cuidados de saúde primários não deve haver dúvida na escolha desta tática como sendo a ideal para atingir a sua missão, uma vez que em saúde todos os ganhos surgem a longo prazo.

1.3. Perspectivas do Conceito de Comunicação Organizacional

Ralph Tench & Liz Yeomans (2006) fazem a distinção entre *comunicação organizacional*, *comunicação de gestão* e *gestão da comunicação*. Apesar de parecerem ter a mesma função e de no dia-a-dia das organizações serem, muitas vezes, consideradas a mesma coisa, os autores acima citados distinguem-nas, afirmando que a *comunicação organizacional* é orientada teoricamente, dando maior importância ao conhecimento do que às capacidades, e vendo a empresa como um sistema. Sobre a *comunicação de gestão*, consideram que a gestão incorpora tudo o que um gestor deve saber e fazer para orientar as pessoas de forma eficiente. Centra-se no processo de comunicação interna e tem uma abordagem funcional, vendo a comunicação como um meio para atingir um fim, nomeadamente os objectivos da organização. No que diz respeito à *gestão da comunicação*, citam Grunig, que equipara as Relações Públicas à gestão da comunicação, definindo-a como o “planeamento global, execução e avaliação da comunicação de uma organização com os seus públicos, quer interno, quer externo”. Estes são os grupos que afectam a capacidade de uma organização em atingir os seus objectivos (Yeomans & Tench, 2006, p.6).

A gestão não atribui nem entende a importância e o valor que a comunicação tem na e para as organizações. Este é um assunto que tem vindo a ser discutido nos últimos 50 anos, porque a comunicação, em alguns casos, continua a não ter acesso à gestão de administração, ou seja, aos orçamentos. Até as responsabilidades atribuídas aos profissionais de comunicação e aos gabinetes de comunicação estão desajustadas em relação aos projectos que devem ser levados a cabo para o interesse da organização. Em algumas organizações, os profissionais de comunicação prestam contas a outros departamentos, como aos recursos humanos ou aos departamentos de marketing (Steyn & Puth, 2000, p.7).

De facto, há estudos que demonstram que a gestão não entende a importância da comunicação dentro das organizações. Steyn & Puth (2000) fazem alusão a um estudo internacional sobre chefias e executivos de comunicação, que demonstra que tanto as chefias como os executivos têm posições diferentes no que se refere à comunicação. Os executivos de comunicação preocupam-se com os produtos, os programas e actividades feitas pela equipa de comunicação, para promover os tais produtos e a organização. Já as chefias têm uma posição muito diferente desta. Defendem que os departamentos de comunicação devem preocupar-se e centrar-se nos objectivos e resultados da organização e preocupar-se menos com as actividades de promoção e com os *media*. As chefias, dentro das organizações, têm visões direccionadas para os resultados e, assim, a comunicação acaba por possuir a mesma visão e ter a capacidade de resolver os problemas críticos (Steyn & Puth, 2000, p.10).

Em 1997, o presidente da Associação de Comunicação Empresarial, segundo Benita Steyn & Gustav Puth (2000) escrevem no livro *Corporate Communication Strategy*, chegou à mesma conclusão ao entrevistar informalmente algumas chefias. De facto, a maioria dos chefes executivos não depositava muita confiança nos departamentos de comunicação, considerando que os responsáveis pela comunicação deviam ter uma abordagem mais orientada para os negócios e os seus resultados, uma vez que tinham uma visão pouco holística (Steyn & Puth, 2000, p. 10).

Mas o facto de a comunicação e os profissionais de RP não serem vistos como tendo um papel chave na organização pode dever-se ao facto de, muitas vezes, não terem os conhecimentos e capacidades necessárias no que diz respeito à gestão e aos negócios.

Um profissional de RP com formação em gestão desenvolve o seu trabalho de acordo com os princípios clássicos da gestão – planeamento, organização, coordenação e controle. Os mesmos profissionais sem formação desenvolvem o seu trabalho baseado na estratégia da organização, identificando os objectivos de comunicação que estão subjacentes. Um estudo, realizado durante 10 anos, sobre a excelência da comunicação demonstrou que se o RP não assumir a gestão da comunicação de uma organização os seus objectivos não serão concretizados (Steyn & Puth, 2000, p.14).

1.4. Relações Públicas ou Comunicação Corporativa?

A utilização do termo Relações Públicas e a sua definição começam a estar, cada vez mais, em linha com o que realmente se faz nas organizações em termos de comunicação. No entanto, há também uma tendência crescente para substituir o termo Relações Públicas por Comunicação Corporativa. Uma pesquisa em 500 empresas nos Estados Unidos da América demonstrou essa tendência. De facto, se fizermos uma breve pesquisa pelas organizações portuguesas, também chegamos a essa conclusão, uma vez que há cada vez menos gabinetes de Relações Públicas, que deram lugar aos Gabinetes de Comunicação (Yeomans, Tench, 2006, p. 3).

Grunig e Hunt (1992) defendem que a comunicação corporativa deve funcionar como função da gestão. Devem ser usadas para ajudar a organização a atingir os seus objectivos, tornando as organizações mais eficientes através da comunicação: “a gestão da comunicação entre uma organização e o seu público”. No fundo, o que se pretende dizer é que é através da comunicação que cada organização consegue construir boas relações com a comunidade (com políticos, comunidade financeira, meios de comunicação, concorrentes, fornecedores e público interno), trazendo benefícios para ambas as partes, criando assim uma “*win-win zone*” e, por sua vez, uma reputação¹² sólida (Grunig & Hunt, 1992, p. 4).

O facto de a comunicação corporativa ser a função da gestão não quer dizer que ela tenha apenas como objectivo persuadir os consumidores a comprar produtos ou serviços. Ela vai mais além, ao convencer tantas pessoas quanto possível a apoiar uma organização (ou pelo menos a não estarem contra a existência da instituição e das suas actividades). Distingue-se, assim, do marketing (Yeomans & Tench, 2006, p.6). Podemos concluir, então, que Grunig fala em “gestão de relacionamentos” na comunicação corporativa.

Ralph Tench & Liz Yeomans (2006) usam o exemplo de Anyco, que é um fabricante de brinquedos, para melhor demonstrar e explicar qual a função da comunicação corporativa. Anyco tem o objectivo estratégico de expandir a sua fábrica

¹² “A reputação organizacional é uma representação do passado das acções e dos resultados de uma organização que representam a sua capacidade em criar valor para os seus vários stakeholders. Ela define a posição relativa de uma organização, tanto internamente como externamente, para com os seus stakeholders, tanto no seu ambiente competitivo como institucional.” (Fombrun & van Riel, 1998, p.10)

(localizada num subúrbio de uma grande cidade, perto de uma zona com uma grande beleza natural). Por ser uma empresa com reputação sólida, boa empregadora e vizinha conscienciosa, juntamente com fortes relações com uma gama de interessados, pode ter os seguintes resultados:

- Conseguir que a comunidade local não conteste o processo de alargamento da fábrica;
- Conseguir que os políticos confiem na concessão de licença de construção;
- Envolver grupos ambientais em medidas de projecto de vida selvagem local;
- Incentivar os fornecedores a aumentarem as encomendas de forma eficiente e com cuidados para com a comunidade local (utilizando as estradas, por exemplo, que não coincidam com as crianças indo à escola);
- Assegurar que os funcionários se sintam envolvidos na expansão da empresa;
- Atrair os melhores candidatos a emprego;
- Persuadir os accionistas e outros para investir no projecto.

Perante este exemplo, pode-se afirmar que a “construção de relacionamentos” saudáveis entre os diversos *stakeholders* é fundamental para o bom funcionamento e sucesso desta empresa de brinquedos (Yeomans & Tench, 2006, p.666).

Van Riel (2003), citado no *Exploring Public Relations*, tem uma visão muito próxima de Grunig, ao considerar que a comunicação corporativa pode ser descrita como a junção de todos os instrumentos no domínio da identificação da organização. Pode servir também para criar ou manter uma reputação positiva para os grupos com os quais a organização se relaciona. Tudo isto resulta numa vantagem competitiva para a organização, defende. No entanto, Van Riel (2003) acrescenta a comunicação com o consumidor/cliente a esta visão: “teoricamente, a comunicação das empresas pode ser dividida em três formas principais de comunicação: comunicação, gestão de comunicação de marketing e comunicação da organização” (Tench, Yeomans, 2006, p.667)

Com esta perspectiva surge-nos a Comunicação Integrada, onde todas as funções de comunicação estão integradas no mesmo departamento, contando com o mesmo plano de comunicação estratégico. São muitos os estudiosos e profissionais que defendem esta forma de comunicar; alguns deles chegam mesmo a apelar à existência da comunicação coordenada por um “maestro” da comunicação, como refere Grunig.

Embora esta abordagem sobre a comunicação corporativa seja muitas vezes referida como Comunicação Integrada, a verdade é que essa integração é rara. É muito mais provável que uma área (empresas ou consumidores) seja englobada na outra e, portanto, existe um departamento dominado por uma visão particular do mundo.

No entanto, existem visões que contrastam com a função de gestão da comunicação corporativa. Essas visões defendem que a comunicação corporativa é usada como um mecanismo que dá a possibilidade de “defender” a posição de uma organização e aumentar a sua influência/poder/rentabilidade. Moloney (2000), citado por Ralph Tench & Liz Yeomans (2006), é um dos exemplos contrastantes da visão de Grunig, ao considerar que os Relações Públicas devem encorajar os resultados que favorecem a sociedade: “os resultados, como fundamento, que devem persuadir o debate público entre todos os indivíduos, grupos e organizações que querem falar e ouvir” (Yeomans, Tench, 2006, p.665).

Chegamos, assim, a um ponto em que podemos sugerir uma definição de comunicação corporativa como a gestão da reputação, a comunicação com os públicos não consumidores, a comunicação com os interessados, a defesa da organização, persuasão e retórica. Por isso é que um profissional desta área pode ser denominado por “advogado da opinião pública” ou “engenheiro da opinião pública”.

1.4.1. Estratégias de Comunicação

Dentro das organizações, é importante que o desenvolvimento da política de comunicação enquanto dependente da estratégia empresarial esteja a cargo do gestor de comunicação corporativa. Por isso, este deve estar completamente familiarizado com o ambiente interno (conhecimento sobre a situação financeira e da reputação da empresa, sobre os seus produtos e/ou serviços, ambiente global competitivo e sobre as funções de marketing e outras igualmente importantes) da organização, deve conhecê-lo bem. Mas

sem deixar para trás o ambiente externo, uma vez que a organização também depende dele para o seu sucesso.

O ponto de partida para o desenvolvimento de uma estratégia de comunicação corporativa deve ter sempre em conta a visão, missão e cultura da organização. Se aliado a isto estiver o conhecimento sobre a organização e o seu funcionamento, a comunicação e a sua estratégia estarão mais próximas de ser eficazes.

São várias as forças sociais que todos os dias podem interferir, de forma positiva ou negativa, na organização. Por isso, deve haver constante atenção sobre essas forças (factores económicos, políticos, tecnológicos e ecológicos).

Steyn & Puth (2000) sugerem-nos um modelo de estrutura de comunicação corporativa, defendendo que o trabalho das Relações Públicas e estas devem estar localizadas na estrutura organizacional, para que possam ter acesso fácil aos membros que tomam as decisões – coligação dominante¹³ – e a estas. Assim, será mais fácil o processo de gestão estratégica da organização. Em segundo lugar, Steyn & Puth (2000) dizem-nos que todos os programas de comunicação devem ser integrados e coordenados pelo departamento de Relações Públicas ou por um profissional da mesma área, caso não exista um departamento específico para a função das Relações Públicas, não podendo ser inseridos noutros departamentos, como o do marketing ou até o de recursos humanos. Perante este modelo, os departamentos de Relações Públicas devem ser “estruturados horizontalmente”, para perceber quem são os seus públicos estratégicos, os que podem vir a ser e aqueles que, eventualmente, deixaram de ser.

Yeomans & Tench (2006) recorrem a Johnson & Scholes para explicar que “a estratégia é a direcção e o alcance de uma organização a longo prazo, que consegue vantagens para ela através da sua configuração de recursos dentro de um contexto de mudança, para atender às necessidades dos mercados e ao cumprimento das expectativas dos interessados”(Yeomans & Tench, 2006, p.667).

Em termos práticos, e relativamente ao processo de planeamento na organização, será a coligação dominante a formular o plano estratégico corporativo, estabelecendo as

¹³ Grupo de indivíduos dentro da organização que tem o poder de determinar a sua missão e seus objectivos. Podem ser os administradores.

metas que a organização pretende alcançar e os valores e filosofia que pretendem adoptar. Mas nessa coligação dominante o profissional de comunicação terá de ter um papel fulcral. Aliás, um excelente programa de Relações Públicas é aquele em que o director de Relações Públicas ocupa um papel poderoso com a coligação dominante. Numa segunda fase, o director e as equipas de gestão, de cada departamento, vão analisar o plano estratégico global das empresas e identificar as formas em que certas actividades podem contribuir para alcançar os seus objectivos. Esta é a fase em que cada departamento define o seu próprio plano, normalmente para cinco anos. Na fase três do processo de planeamento ocorre a um nível mais operacional, quando a equipa de comunicação responsável pela execução dos planos identificar e programar as actividades vai eventualmente atingir os objectivos corporativos.

Apesar de este modelo de planeamento ser simples, consegue-se demonstrar a forma como a comunicação nas organizações pode estar ligada à estratégia global.

Concluimos, então, que a estratégia de comunicação, no plano global das organizações, é vista como o plano fundamental para o sucesso organizacional.

A literatura sobre a comunicação corporativa não varia muito; a ideia de que o “maestro da comunicação” deve estar envolvido na estratégia global das organizações, desde a sua concepção até ao momento de a pôr em prática, é consensual. No entanto, esse “maestro” deve estar sempre envolvido nos passos e decisões das organizações, pois muitas vezes as decisões estratégicas têm de ser tomadas em alturas de incerteza. Mesmo nesses momentos é importante ter a certeza de determinados passos a dar, para o bem-estar da organização. Um director de comunicação eficaz pode ajudar a reduzir a incerteza, uma vez que deve ter sempre conhecimento do funcionamento e organização da empresa, sobre as ideias e opiniões dos diversos públicos das organizações e ser capaz de realizar o mapeamento das respostas das partes interessadas na altura certa. No entanto, o “maestro da comunicação” também deve influenciar e moldar a estratégia global da organização, para que haja a satisfação dos interesses de ambas as partes interessadas (organização e os seus públicos) - *win-win zone*.

Capítulo III

Comunicação para a Saúde

“La comunicación para la salud abre las puertas y ventanas de los hospitales y consultorios y lleva los mensajes que pueden salvar vidas y aumentar el bienestar a los hogares y comunidades de todo el país, incluso a aquellos que raras veces ven a un médico o a una enfermera.”

(Virginia Silva Pintos, 2001, 122).

1. Importância da Comunicação na Área da Saúde

A saúde¹⁴ e a prestação de cuidados de saúde vieram a sofrer, ao longo dos séculos, muitas mudanças e evoluções. Se há umas décadas a medicina era considerada a única forma de proteger a saúde, isso actualmente já não acontece. Virginia Silva Pintos (2001) considera que a saúde chegou a um ponto em que “transcende o problema médico”, já ultrapassou a esfera da cura para abarcar aspectos mais globais: alimentação, educação, higiene, justiça social, equidade, paz e entre outros. (Pintos, 2001, p. 123). Paulo Marchiori Buss (2000) afirma mesmo que as populações socioeconómicas desfavorecidas apresentam taxas de mortalidade e de morbilidade excessivas em todos os grupos etários em grande parte das enfermidades (Buss, 2000, p.8).

Há já vários investigadores que estudam o impacto da comunicação em saúde, no sentido mais lato. Concentram-se em processos fundamentais e de grande importância para os cidadãos, pois os cuidados com a saúde e os modos de vida saudáveis apresentam, actualmente, maior preocupação por parte dos cidadãos. A comunicação surge como uma das principais aliadas nas questões de prevenção, promoção e educação para a saúde. Alguns profissionais de comunicação e de saúde

¹⁴ «Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades.» (Organização Mundial de Saúde)

chegam mesmo a considerá-la uma das principais armas no combate a determinadas doenças.

Assim, ao longo das últimas décadas a relação entre a comunicação e a saúde tem vindo a ser firmada. Como afirma Virginia Silva Pintos (2001), na revista “*Inmediaciones*”, a comunicação tem feito o esforço para se unir à saúde, para que com ela possam ser aplicadas teorias, princípios e técnicas de comunicação com o objectivo de divulgar e partilhar informações, conhecimentos e práticas, contribuindo, desta forma, para a melhoria dos sistemas de saúde e do bem-estar das populações.

Foi em 1975 que surgiu a primeira associação dedicada à comunicação em saúde: *The Health Communication Division of the International Communication Association*. Até aqui o estudo da comunicação em saúde centrava-se na medicina ou enfermagem (Korsch, Freeman e Negrete 1971; Korsch, Gozzi e Francis 1968; Korsch e Negrete 1972). Castello publicou, já em 1977, alguns artigos muito próximos da comunicação em saúde, apesar de se centrar na comunicação num contexto terapêutico (Thompson, 2003, p. 1).

Mas desde então o estudo da comunicação em saúde floresceu, mais precisamente no campo académico. Acredita-se que este crescimento se deve ao aumento do financiamento dedicado ao estudo da comunicação em saúde ou ao aparecimento de publicações dedicadas exclusivamente ao tema. No entanto, também se pode considerar que este surgimento pode ter resultado do aumento do interesse em estudar o assunto. Foi em 1989 que Lawrence Erlbaum lançou a primeira revista dedicada em concreto ao estudo da comunicação na prestação dos cuidados de saúde. Sete anos mais tarde foi inaugurado o conhecido *Journal of Health Communication*. Estes têm proporcionado excelentes oportunidades para a divulgação de trabalhos e investigações sobre a comunicação em saúde e, por outro lado, para o incentivo dos investigadores em estudar o tema (Thompson, 2003, p. 2).

Numa altura em que aumenta a incidência de doenças crónicas, como a obesidade, doenças provocadas pelo tabaco, álcool e drogas, hipertensão, entre outras relacionadas com os consumos excessivos e maus modos de vida dos países ditos desenvolvidos, a capacidade de resposta para as combater revela-se urgente. A comunicação e as acções que podem ser levadas a cabo, nomeadamente nos campos da

prevenção, promoção e educação, adquirem maior relevância. A comunicação revela-se fundamental na sensibilização para estas problemáticas, pois permite alcançar a eficácia através das suas estratégias (Pintos, 2001, p.124).

Virginia Silva Pintos (2001) defende que o encontro entre estas duas disciplinas – comunicação e saúde – permite a motivação das pessoas para questões como a saúde e a qualidade de vida; gerar acções efectivas para a prevenção de doenças, protecção e promoção da saúde; reduzir o fosso entre os avanços da medicina e incorporá-los nas populações; estudar estratégias e meios que garantam que as questões sobre a saúde cheguem ao público-alvo e produzam os efeitos esperados (Pintos, 2001, p.121).

2. Perspectivas e definições da “Comunicação em Saúde”

São várias as definições, na literatura, sobre o conceito de comunicação em saúde (*health communication*).

Em 1996, o primeiro número da revista *Journal of Health Communication* definiu a comunicação para a saúde como “um campo de especialização dos estudos comunicacionais que incluem os processos de *agenda-setting* para os assuntos da saúde; o envolvimento dos *mass media* com a comunicação científica entre os profissionais de saúde; a comunicação entre médico e paciente e, sobretudo, a concepção e avaliação das campanhas de comunicação para a prevenção da saúde” (Rogers, 1996, p.573).

Por isso, os profissionais de ambas as áreas têm vindo a unir esforços para provar que a articulação, ou a falta dela, entre a comunicação e a saúde pode afectar esta última e, num sentido mais amplo, a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e sociedades. Vai, assim, além dos aspectos informativos ao centrar-se, também, na mudança de comportamentos. (Pintos, p. 121).

Mumby (1997), citado por Street (2003) no livro “*Handbook of The Health Communication*”, defende que a nossa experiência da realidade é vista como o resultado de acções comunicativas, pois estamos em constante interacção com outras pessoas e objectos. Na saúde acontece precisamente o mesmo: profissionais de saúde e doentes

estão em interacção, ambos criam significados. Por isso, é essencial o entendimento entre os dois (Street, 2003, p. 66).

Nessa interacção, a cultura, economia e política são caracterizadas por um conjunto de valores que influenciam as atitudes, comportamentos e percepções dos cidadãos, podendo afectar ou favorecer a saúde:

“Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud” (Pintos, 2001, p.130).

É fácil de perceber, então, que a comunicação para a saúde surge dentro de um sistema cultural particular. Posto isto, Airhihenbuwa (1995), citado no livro “*Handbook of Health Communication*”, alerta para o facto de os programas de comunicação deverem ir ao encontro das pessoas e do quadro cultural da sua sociedade. Para tal, é fundamental conhecer e perceber os públicos, as suas realidades sociais e culturais, as suas necessidades e especificidades, atitude e fontes de influência para que se consiga criar um ambiente favorável à recepção das mensagens que se pretendem transmitir e, por sua vez, maximizar a eficácia dessas mensagens na saúde (Diaz 1998) (Cf: Yep & Ford 2003, p.248).

As estratégias de comunicação devem estar, assim, ajustadas ao público. Só desta forma será possível que uma campanha de comunicação para a saúde atinja os seus objectivos e consiga, realmente, provocar uma mudança, tanto ao nível dos comportamentos individuais como ao nível da sociedade. No entanto, é importante alertar que só é possível a mudança de comportamentos quando os programas estratégicos são pensados a longo prazo. Porque é importante que a mudança de comportamentos perdure no tempo e se mantenha.

3. A Importância dos Agentes Comunitários de Saúde

Freire (1970 e 1998), citado no livro *Handbook of Health Communication*, vai mais longe e introduz a questão do *empowerment*. Considera que este tem “um papel fundamental na promoção da saúde”, pois torna-se mais fácil determinar estratégias se

forem os indivíduos das próprias comunidades a identificar o problema, as suas preocupações e necessidades e, por conseguinte, a promulgação da estratégia. No fundo, defende que é mais fácil atingir a mudança se as instituições e indivíduos em interacção participarem juntos no problema (Yep & Ford, 2003, p.246).

Há muitos defensores dos esforços e participação das comunidades, no que diz respeito à promoção da saúde com vista à mudança social. Bettencourt (1996) diz que há pequenos grupos de pessoas, geralmente voluntários, activistas habilitados que se reúnem por iniciativa própria para melhorar as condições de determinadas comunidades, onde as questões relacionadas com a saúde também podem ou não estar incluídas. Muitas vezes, esses grupos são capazes de trazer mudanças sociais e mobilizar a comunidade. Pintos (2001) defende a mesma posição ao afirmar que a comunicação “hoy dia es pensar entre otras cosas de esquemas y modelos diversos: interpersona, grupal, intercultural, massmediático y organizacional” (Pintos, 2001, p. 125).

Em saúde, um dos grupos mais reconhecido é o dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), especialmente nos países do Sul. Podendo não ser formados na área da saúde, as pessoas que o constituem merecem a confiança e são respeitadas pelos membros de determinadas comunidades. Os ACS conhecem bem o dia-a-dia das comunidades e a sua cultura. Eles são descritos como participantes em redes formais e informais onde a comunicação é a principal ferramenta para desenvolver as suas actividades, transmitindo mensagens e servindo de ponte de ligação entre outros grupos e os profissionais de saúde.

Têm, com os restantes membros da comunidade, uma visão partilhada do mundo e de o encarar. Assim, os ACS têm maior facilidade em perceber as necessidades, dúvidas e angústias sobre a saúde e em transmitir aos profissionais para que estes, por sua vez, possam transmitir e fornecer as melhores informações e conselhos para a prevenção e promoção da doença na comunidade. O papel destes grupos é fundamental na identificação do problema e, por conseguinte, na sua resolução. No fundo, os ACS são o “porta-voz” das comunidades, podendo agir como educadores para a saúde e catalisadores da mudança através da comunicação. São capacitados para, por sua vez, capacitar indivíduos, famílias bairros e comunidades (Yep & Ford, 2003, p. 252).

Assim, as oportunidades para mobilizar e levar as comunidades à mudança através da comunicação podem ser uma política de sucesso no que se refere à promoção, prevenção da saúde.

4. Relações Públicas e Campanhas de Comunicação para a Saúde

O tipo de comunicação mais usado nos programas de saúde é a transmissão das informações em massa – comunicação em massa – recorrendo aos órgãos de comunicação social (televisão, rádio, jornais, Internet, cinema). Estes suportes de comunicação divulgam, de facto, a informação pretendida, mas de forma massiva, não permitindo perceber se o receptor interpretou e assimilou a informação como pretendido. Acredita-se que é um método eficaz nas etapas iniciais de qualquer campanha. De acordo com a revista *Advancing Health Communication* de Março de 2003, as autoridades locais de saúde podem complementar, reforçar e adaptar as informações em massa às necessidades e preocupações locais com as ferramentas disponíveis nessas comunidades (Merritt et al, 2003, p.26). Porque como afirma Alfonso Gumucio-Dagron (2003), o recurso aos *media* para divulgar as campanhas de saúde acontece a curto prazo, quando em saúde, promover, educar e sensibilizar, a comunicação deve ser pensada a longo prazo. Até porque os resultados pretendidos, nesta área, também acontecem a longo prazo (Gumucio-Dagron, 2003). É partilhada a mesma opinião na revista *Advancing Health Communication*, defendendo-se que os *mass media* e o recurso às novas tecnologias podem ser usados de forma criativa e, assim, atrair novos públicos e divulgar as informações úteis, dar conselhos, oferecer pistas para uma vida mais saudável. Para que este trabalho se torne eficaz, os programas que usam a transmissão de informação em massa devem ser contínuos e não podem acontecer a curto prazo (Merritt et al, 2003, p.44).

As Relações Públicas também têm destaque nas organizações de saúde. Foi na década de 90 que a profissão se tornou importante nas organizações de saúde, uma vez que os custos na saúde aumentavam exponencialmente. A solução surge, então, com as Relações Públicas, ao serem capazes de introduzir inovadoras estratégias para enfrentar

os problemas e estabelecer uma “relação saudável” e de confiança entre o estabelecimento de saúde e o público (Springston, 2003, p. 539).

Springston (2003) apresenta os objectivos das Relações Públicas nas organizações de saúde privadas: proteger a imagem corporativa e construir a marca capaz de atrair o paciente; criar um clima positivo e saudável entre o público e a organização; reduzir custos no que diz respeito à prestação, prevenção e promoção da saúde, mas sem deixar de as fazer; auxiliar na atracção de novos pacientes.

De facto, há cerca de 30 anos as Relações Públicas dentro das organizações de qualquer sector estavam orientadas para o Marketing. O profissional de RP compreendia a empresa, os seus produtos e o mercado e encontrava, assim, a melhor forma de vender determinado produto. Como afirma Arold Bruson, citado no livro *Dirección de Relaciones Públicas*, a função do trabalho desenvolvido pelo profissional de RP era “fazer crescer a caixa registadora (Xifra, 2003, p. 106). No entanto, esta tendência sofreu uma profunda alteração; ao longo dos anos, as organizações começaram a ser vistas como uma entidade social capaz de ter um papel fundamental no que diz respeito à responsabilidade pública e social (Xifra, 2003, p. 107). As Relações Públicas apresentam-se como fundamentais para estabelecer as relações com as comunidades.

Perante este facto, podemos afirmar que o trabalho que se espera dos profissionais de Relações Públicas nos estabelecimentos públicos de prestação de cuidados de saúde primários vai mais além, uma vez que o objectivo principal destas instituições é o da promoção, prevenção e educação para a saúde. É um trabalho desenvolvido fundamentalmente com a comunidade e na comunidade. Neste sentido, Jordi Xifra (2003) distingue dois tipos de intenção, ao desenvolver actividades de Relações Públicas com e na comunidade: “actividades expressivas” e “actividades úteis”. Defende na primeira que o objectivo do profissional de RP é o de promover determinada organização junto dos seus *stakeholders*. Já em relação à segunda, refere que as actividades são pensadas, planificadas e realizadas para fazer bem à comunidade ou para melhorar a relação com ela, para que seja mais fácil trabalhar com ela (Xifra, 2003, p. 395). Podemos, então, dizer que é nesta última que se encaixa o trabalho do RP nas organizações públicas prestadoras de cuidados de saúde. Já as privadas podem trabalhar de acordo com os dois tipos de actividades acima citados, uma vez que, para

além dos interesses sociais e de responsabilidade pública, também têm interesses económicos.

O trabalho das RP no sector da saúde desenrola-se como uma função de comunicação persuasiva, por isso, se pensarmos nos quatro modelos de RP defendidos por Grunig e Hunt, aquele que melhor se enquadra com o trabalho que deve ser desenvolvido nas instituições prestadoras de cuidados de saúde primários é, sem dúvida, o modelo assimétrico bidireccional. Acreditamos que este é o modelo mais indicado, porque antes de se proceder a qualquer difusão de informação os profissionais devem estudar/investigar as condutas, atitudes e comportamentos da população para obter o melhor entendimento possível para que o objectivo que se prende com a persuasão e a aceitação de melhores hábitos e comportamentos para uma vida saudável seja eficaz. Tal como referem Grunig e Hunt, “os profissionais de RP planificam cuidadosamente o que comunicam aos públicos com o objectivo de conseguir a mudança de atitudes e condutas com alguma rapidez”. Esta rapidez pode não ser possível, uma vez que na saúde os resultados são alcançados a longo prazo.

Assim, a investigação é uma das componentes importantes para o desenvolvimento do trabalho dos RP. Segundo este modelo, a investigação pode ser desenvolvida de acordo com dois tipos diferentes: formativa, porque ajuda a planificar a acção e a traçar os objectivos; e avaliativa, que é usada apenas para perceber se o objectivo foi cumprido. Com esta breve explicação facilmente percebemos que faz todo o sentido investigar segundo os dois tipos citados acima, pois é através da primeira que o profissional vai perceber quais as melhores políticas e procedimentos a adoptar para melhor persuadir e/ou convencer o público a mudar ou adoptar novos estilos de vida. A realização do segundo tipo – investigação avaliativa – pode ser usada antes e/ou depois da campanha, uma vez que é com ela que se medem as atitudes e condutas antes da campanha, sendo que depois o esforço de RP serve para verificar os efeitos do programa. É importante que a avaliação dos programas não seja esquecida, uma vez que através dela consegue-se perceber se esse programa criou na população as expectativas esperadas, se foi passada a mensagem de melhorar e adoptar novos comportamentos para uma vida saudável e para a criação de novos programas.

Para desenvolver qualquer programa de saúde é importante que as partes que podem apoiar no desenvolvimentos de tal programa entendam e partilhem todas as informações e argumentos sobre as mensagens a transmitir aos cidadãos.

4.1. Campanhas de Comunicação na Saúde

Renata Schiavo (2007) defende que em saúde só é possível levar à mudança de comportamentos ou à adopção de outros se a comunicação se centrar no público. Como já foi dito, o público deve ser envolvido na campanha. Esta deve desenrolar-se de acordo com as formas de estar e viver do público. Por isso, é indispensável obter um conhecimento profundo da envolvente, do contexto em que se vai desenrolar a campanha (culturas e tradições). Aqui a investigação e pesquisa são fundamentais para que se possa traçar a análise de situação e o perfil da audiência. No entanto, deve ser tido em conta que dentro de determinada sociedade as pessoas são singulares e, por isso, deve ter-se o cuidado de analisar cada situação em particular. Não deixar escapar os pormenores que, às vezes, parecem irrelevantes. São esses pormenores que, em saúde, podem fazer a diferença entre atingir ou não os nossos objectivos.

Schiavo (2007) defende, assim, que depois de feita a análise da situação, se está em condições de partir para o planeamento da campanha que vai responder às necessidades dos públicos-alvo. Cada actividade/acção deve ser pensada como a parte de um todo, uma vez que é o conjunto de programas/acções que constituem a estratégia. Mas a estratégia não se esgota na realização das acções, deve haver a preocupação em perceber os comportamentos da audiência ao longo da sua implementação (necessidades e evoluções face ao assunto).

Os recursos humanos desempenham, então, um papel importante em todo o processo de planeamento e implementação da estratégia. No entanto, são várias as organizações que se deparam com a escassez de recursos humanos e, muitas vezes, económicos, tal como acontece no Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa. Por isso, Schiavo (2007) refere-se à criatividade como forma de contornar esse problema, para que as campanhas possam ser postas em prática. No entanto, deve-se ressaltar que a criatividade deve ser tida em conta na hora de decidir as mensagens a usar, os seus formatos, e os canais para as fazer chegar a cada um dos públicos, tendo

em conta os objectivos da estratégica, pois se estiverem desadequadas, não será possível atingir os resultados. Os canais de comunicação também devem ser escolhidos de acordo com as mensagens, uma vez que podem influenciar a mudança de comportamentos da audiência (Schiavo, 2007, p.20). Por fim, Schiavo (2007) fala em “relationship building”: só com relações fortes de confiança é possível atingir os objectivos a longo prazo, para mudar comportamentos, não só ao nível individual, mas também ao nível social.

5. Literacia em Saúde

Actualmente, a população dos países ditos desenvolvidos tem maior acesso às informações sobre saúde do que em qualquer outro momento da História. Todos os dias os cidadãos recebem informações sobre saúde, disponibilizadas pelos diferentes meios de comunicação - órgãos de comunicação tradicionais (televisão, jornais, revistas impressas e rádio) modernos – com profissionais de saúde a dar conselhos, notícias sobre determinadas doenças, os avanços e descobertas da medicina. A Internet destaca-se como a plataforma que mais informação oferece sobre esta temática. Repare-se que utilizámos a palavra “informação” e não “conhecimento”. Por exemplo, se digitarmos a palavra “saúde” no motor de busca *Google*, as referências sobre o conceito são inúmeras, tornando muitas vezes impossível daí retirar qualquer “conhecimento”. É um meio com potencialidades muito úteis, mas toda esta oferta de pode ser prejudicial e ineficaz se os receptores não forem capazes de interpretar o que está a ser transmitido e adequar aos seus estilos de vida e forma de estar. Recorde-se que, por exemplo, em Portugal há muitas regiões do país onde o nível de escolaridade é muito baixo e o acesso à informação disponível na Internet é não só uma impossibilidade tecnológica como ao nível da sua leitura e mais da sua compreensão.

Acredita-se que este facto é o responsável por não se conseguir progressos positivos em relação a determinadas doenças. Temos o exemplo concreto, da subida do número de doentes com tuberculose na região do Vale do Sousa Sul: os profissionais de saúde esforçam-se para transmitir informações para que a terapêutica seja cumprida e para que não haja risco de contaminação, mas o aumento do número de doentes com esta enfermidade faz-nos acreditar que esse esforço tem sido em vão.

O significado tradicional que é atribuído à alfabetização é o que diz respeito à habilidade de ler e escrever. Em 1991, Lei Nacional de Alfabetização dos Estados Unidos da América definiu a alfabetização como “a capacidade de um indivíduo ler, escrever e falar inglês, calcular e resolver problemas no trabalho e na sociedade, para alcançar os seus objectivos e desenvolver o seu conhecimento” (Bernhardt & Cameron, 2003, p.584). Mas é ainda na década de 90 que os profissionais de saúde começam a falar de literacia em saúde e a procurar uma forma de a definir, sugerindo que o conceito é a capacidade de ler e compreender as prescrições médicas, os folhetos informativos sobre determinadas enfermidades ou qualquer outro tema relacionado com saúde para que esses possam ter os efeitos certos nos pacientes. O Ministério da Saúde americano definiu literacia em saúde como “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos compreenderem e saberem como utilizar a informação que é transmitida de modo a que alterem os seus estilos de vida”. No relatório Healthy People (2010) o conceito saúde foi definida como “a capacidade de obter, interpretar e compreender as informações que dizem respeito à saúde e das competências para usar essas informações e serviços para melhorar a saúde”. Outra característica ligada à literacia em saúde é a capacidade para ler e interpretar dados numéricos, uma vez que muitas das informações das pelos médicos aos utentes, por exemplo, têm algarismos: taxa de colesterol, hipertensão, entre outras. Considera-se, assim, que neste trabalho faz todo o sentido ter em conta as três definições, no seu conjunto.

A literacia em a saúde compreende as informações prestadas pelas organizações prestadoras de cuidados de saúde para a prevenção, promoção, educação para a saúde. Mas não só. Compreende também a literacia mediática que é definida como a capacidade de aceder, analisar, avaliar e interpretar verdadeiramente o valor das informações prestadas pelos órgãos de comunicação social.

A incapacidade para interpretar as informações oferecidas pelos órgãos de comunicação social pode trazer prejuízos aos indivíduos. Considera-se que a iliteracia estabelece uma relação causal com a morbilidade e mortalidade e custos dos cuidados de saúde.

Assim, as organizações prestadoras de cuidados de saúde não devem comunicar da mesma forma com os cidadãos com baixos níveis de literacia e com os cidadãos com altos níveis de literacia, pois os dois grupos vão interpretar as informações de maneiras diferentes e os resultados não serão iguais nos dois. É difícil realizar e aplicar mensagens de comunicação com as pessoas que têm poucos conhecimentos relativamente à saúde. Portanto, as características do público-alvo (necessidades e obstáculos) devem ser consideradas desde o desenvolvimento, implementação à avaliação nos programas de comunicação para a saúde para que sejam bem sucedidos.

Na relação entre o médico e paciente (*communication in healthcare*) a diferença também é notória, uma vez que o grupo com altos níveis de literacia, acredita-se que têm maior à vontade para expor determinadas situações e questionar o profissional de saúde enquanto os grupos com baixos níveis de literacia têm vergonha e menos à vontade para questionar e sentir curiosidade em relação à situação.

Assim, torna-se difícil a disponibilização de materiais impressos com informações sobre a saúde, uma vez que o risco dos utentes não perceberem a mensagem é maior (os materiais impressos são os mais usados para a prevenção e promoção da saúde). Muitos estudos sobre materiais impressos que abordam a saúde revelaram que a maior parte desses materiais é escrito a nível de literacia muito alto quando comparando com o nível dos destinatários.

Os materiais impressos não são os mais indicados na prevenção e promoção da saúde, uma vez que não são adaptados às características reais da população que se pretende atingir. Davis, Fredrickson et al (1998) consideram que os meios audiovisuais podem ser os mais indicados para ajudar o público com nível de literacia mais baixo a perceber com maior facilidade as mensagens transmitidas tal como se prevê. No entanto Doak et al (1998) considera que é possível persuadir e sensibilizar para a mudança através dos materiais impressos, para isso sugere alguns conselhos simples e essenciais: dividir a informação em partes; incluir imagens e exemplos visuais a acompanhar cada informação; dar uma sequência lógica às informações disponibilizadas de acordo com o contexto e usar depoimentos também é uma opção e usar a voz activa. Assim, estes materiais podem ser usados para ambos os grupos, tal como defendem Plimpton & Root (1994) (Cf: Bernhardt & Cameron, 2003, p.595).

A literacia tem sido negligenciada na área da comunicação em saúde. Os profissionais têm a consciência de que as populações apresentam níveis de literacia muito distintos, mas continuam a transmitir mensagens de igual forma para todas as populações. Se os indivíduos não conseguem interpretar a mensagem que é transmitida, é obvio que não vai existir uma mudança no comportamento, fazendo com que os resultados sejam notoriamente inferiores ao pretendido.

A comunicação, incluindo aqui a parte informativa, é, sem dúvida, fundamental para a adopção de modos de vida mais saudáveis, tanto de forma individual como colectiva, pois a solução dos problemas em saúde requer que as pessoas percebam e estejam motivadas para adoptar e mudar certos comportamentos. Por isso, a comunicação eficaz deve fazer parte de qualquer estratégia de promoção/investimento em saúde, segundo o Banco Mundial (Cf: Pintos, 2011, p. 123)

Assim, é a comunicação para a saúde que dispõe as ferramentas e informações necessárias para se viver uma vida melhor, tanto os pacientes como os profissionais de saúde. A comunicação para a saúde não se refere apenas à divulgação e análise da informação, refere-se também à produção e aplicação de estratégias de comunicação e prevenção orientadas para a comunidade, a promoção de estilos de vida saudáveis e, para conceber e implementar políticas de saúde e educação mais abrangentes. O Banco Mundial define comunicação para a saúde como sendo “a mudança do comportamento humano e os factores ambientais relacionados com este comportamento que directa ou indirectamente promovem a saúde, previnem enfermidades e protegem os indivíduos”, trata-se de um processo de apresentar e avaliar informação educativa e persuasiva, interessante e atractiva que resulta em comportamentos individuais e sociais saudáveis (Cf: Pintos, 2001, p.123).

Capítulo IV

Projecto: Estratégia de Relações Públicas para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa

1. Análise da Situação / Investigação

Na construção de uma Estratégia de Comunicação, tal como acontece em outras, é fundamental deter um conhecimento profundo acerca da envolvente e do funcionamento da temática a ser trabalhada.

Assim, antes de proceder à elaboração de uma Estratégia de Comunicação para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul, houve um longo caminho de investigação com vista a conhecer e perceber a dinâmica deste agrupamento. Essa investigação centrou-se nos aspectos económicos, sociais, demográficas e legais, dinâmica de funcionamento, não só da instituição em estudo, mas, também, da população que abrange.

A investigação só foi possível graças à análise de documentação disponibilizada pelo Conselho Clínico do ACES e pela Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., tal como legislação, estatutos, Perfis de Saúde e outra documentação de cariz sócio-demográfico. Uma vez que se pretende neste trabalho apresentar uma Estratégia de Comunicação para a saúde, parte dessa investigação passou por perceber o estado da comunicação e, por sua vez, as vantagens que traz no cumprimento da missão e objectivos a atingir pelo ACES. Para o efeito, foram realizadas várias conversas informais exploratórias com alguns dos profissionais de saúde, nomeadamente, com coordenadores de algumas das unidades funcionais.

1.1. Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul

Em 2009 as instituições prestadoras dos cuidados de saúde primários do Norte do país sofreram a reforma prevista no Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de Fevereiro. Depois de percebidas as condições da região e feito o diagnóstico de recursos existentes e outros necessários para a implementação do novo modelo de organização das

Douro e Vouga, a poente com a área metropolitana do Porto e a nascente com o Baixo Tâmega.

Na zona existem dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), um está localizado a Norte, que abrange os concelhos de Paços de Ferreira, Lousada e Felgueiras, e outro a Sul na região que abraça os concelhos de Castelo de Paiva, Paredes e Penafiel. Ambos são servidos pelo Hospital Padre Américo, localizado em Penafiel¹⁵.

Este projecto centrar-se-á no ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul, sediado em Penafiel.



Ilustração 2 – Mapa da Região do Vale do Sousa Sul

1.1.2. Caracterização do ACES do Vale do Sousa Sul

O ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul rege-se, naturalmente, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de Fevereiro e pelas normas em vigor aplicáveis às instituições que fazem parte do Serviço Nacional de Saúde. Assim, a este ACES, à semelhança dos restantes do país, mas sempre tendo em conta as especificidades da região que abrange, cabe-lhe a

¹⁵ Pertence ao Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE. A este também pertence o Hospital São Gonçalo em Amarante.

promoção da educação para a saúde, da vigilância epidemiológica, das actividades de investigação em saúde. É a este agrupamento que cabe, também, a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde na doença, mantendo ligação com outros serviços de saúde da região, para a continuidade dos cuidados, tal como o decreto-lei n.º28/2008 de Fevereiro prevê. Nunca deixando de fora a formação do seu pessoal onde é feita a promoção da formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos seus variados grupos profissionais (Plano de Desempenho do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul, 2011, p. 6).

Para o seu bom funcionamento, o agrupamento do Vale de Sousa Sul divide-se em diversos departamentos: a Direcção/Administração; o Conselho da Comunidade, a quem cabe fiscalizar o trabalho desenvolvido na organização; Conselho Clínico, considerado o órgão de consulta, constituído por quatro elementos; uma Unidade de Saúde Pública, a quem cabe o apoio técnico no domínio do acesso aos cuidados de saúde; a Unidade de Apoio à Gestão, a quem cabe o apoio à gestão do ACES.

Uma vez que a nova organização das instituições prestadoras de cuidados de saúde primários estão mais próximas da população, elas têm, também, um Gabinete do Utente que deve verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde e informá-los sobre os seus direitos e deveres como utilizadores dos agrupamentos, receber observações, sugestões e reclamações relativamente aos cuidados prestados e responder às mesmas; verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES e organizar canais de comunicação com cada centro de saúde do mesmo agrupamento.

1.1.3. Missão do ACES

A missão deste ACES não é muito diferente da missão dos restantes agrupamentos do país, no entanto este tem, naturalmente, em conta a realidade socioeconómica e cultural da região. Assim, para além da prestação de cuidados de saúde primários à população da área do Vale de Sousa Sul, com qualidade e segurança, respeitando as regras e os deveres éticos e deontológicos inerentes à actividade de saúde, usa os recursos da comunidade de forma responsável e eficiente. O agrupamento também “intervém no âmbito comunitário e de base populacional, personalizado, assente na livre escolha do médico de família pelos utentes e do exercício de funções de

autoridade de saúde” (Plano de Desempenho do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul, 2011, p. 6).

Para que a missão deste agrupamento possa ser cumprida, ele rege-se por oito princípios fundamentais na área da saúde:

- A promoção permanente da qualidade na prestação de cuidados;
- A promoção da qualidade no acolhimento e atendimento dos doentes por parte de todos os profissionais;
- O desenvolvimento de cuidados de proximidade;
- O respeito pela vontade esclarecida dos utentes;
- A garantia do sigilo profissional;
- A gestão participada do ACES por todos os profissionais;
- A promoção da satisfação profissional;
- A promoção da participação dos utentes e da comunidade na actividade do ACES.

Todo o trabalho desenvolvido baseia-se em valores como a universalidade, equidade, ética, solidariedade, partilha, transparência, disponibilidade, excelência, inovação e respeito pela pessoa humana.

1.1.4. Vantagens na Reforma dos Centros de Saúde

Passados dois anos da formação do ACES, já é notável, através de informações recolhidas, que a sua nova organização traz várias vantagens, principalmente, aos utentes e profissionais de saúde. Houve um aumento do número de pacientes, não só com médico, mas também com um enfermeiro de família, que lhes permite usufruir de cuidados continuados e integrados de saúde. O facto de os profissionais terem de trabalhar em equipa e ao pensarem mais nas pessoas, a preocupação e motivação em comunicar e desenvolver o seu trabalho de forma eficaz é maior.

Ao nível da acessibilidade, as listas de espera revelaram-se menores e as marcações de consulta realizadas em tempo certo, o que se reflecte numa maior satisfação por parte dos pacientes e, por outro lado, os profissionais de saúde sentem-se mais apoiados pelo agrupamento. Acredita-se, assim, que a reforma tão esperada veio mudar atitudes, não só por parte dos utentes, mas também por parte dos profissionais que estão mais próximos das instituições prestadoras de cuidados de saúde primários. No entanto, tal não quer dizer que não se encontrem ainda alguns problemas.

1.1.5. ACES - Compromissos Futuros

Esta reforma é já considerada uma mais-valia, mas deve ser contínua, para que a curto prazo, o ACES, em estudo, possa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população ao promover a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença e a reabilitação através do planeamento e da prestação de cuidados. Desenvolver actividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, aos grupos vulneráveis e à comunidade, como um todo, é outro dos objectivos a concretizar. Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes, melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços, da eficiência técnica e económica, da qualidade dos cuidados e da organização dos serviços, valorizar o capital humano, assegurando a formação contínua aos seus profissionais, dinamizar a articulação com outros níveis de cuidados de saúde são outras das ambições a desenvolver com a melhoria continuada da reforma que também abrange o ACES do Vale de Sousa Sul.

É deixado para o longo prazo, contudo, a constituição de uma rede prestadora de cuidados de saúde primários de excelência adequada à população da região, mais próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada no empreendedorismo profissional (Plano de Desempenho do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul, 2011, p. 7).

1.1.6. Constituição do ACES

O ACES Vale de Sousa Sul, tal como já foi referido acima, é formada por três concelhos localizados a norte do país: Paredes, Castelo de Paiva, e Penafiel. No primeiro estão localizadas quatro UCSP, cinco Unidades de Saúde Familiar e uma Unidade de Saúde Pública (Ver Ilustração 3). Já em Castelo de Paiva estão localizadas

duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Ver Ilustração 4). Em Penafiel, os utentes inscritos têm à sua disposição três USF e três UCSP. É também neste concelho que estão localizadas a IVG, o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e a Unidade de Apoio à Gestão deste ACES. Assim, a população da região do Vale de Sousa Sul tem oito USF, nove UCSP, uma USP e um CDP, contando também com uma Equipa Coordenadora Local (ECL), uma Unidade de Cuidados na Comunidade e outra Equipa Coordenadora de Cuidados Continuados (Ilustração 5). Prevê-se ainda a construção de uma Unidade de Recursos Partilhados que agregará todas as especialidades não incluídas nas unidades referidas acima.

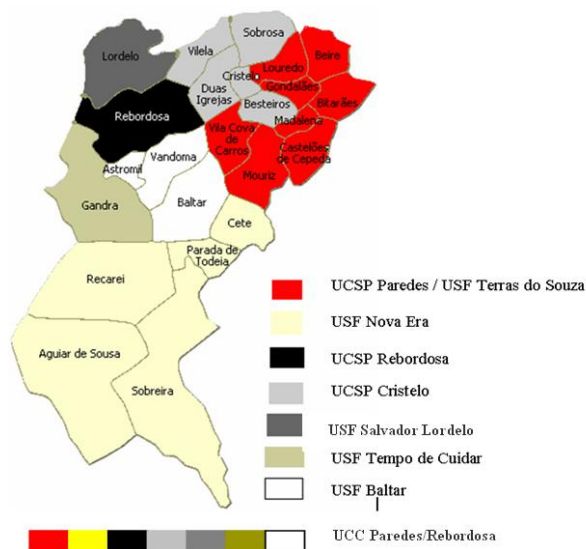


Ilustração 3 – Unidades Funcionais do ACES em Paredes



Ilustração 4 – Unidades Funcionais do ACES em Castelo de Paiva

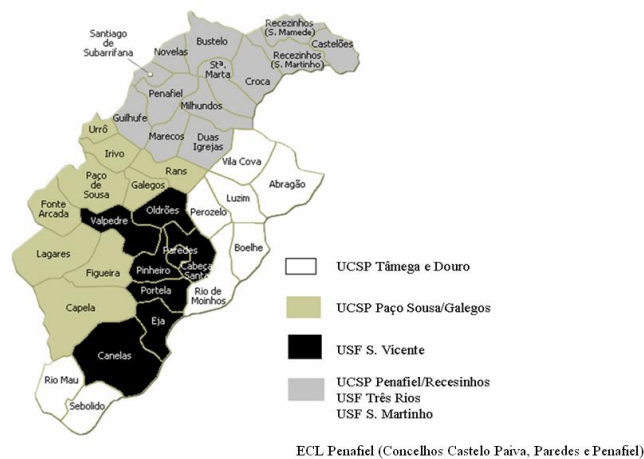


Ilustração 5 – Unidades Funcionais do ACES em Penafiel

Deste modo, as unidades funcionais do ACES do Vale de Sousa Sul têm, no seu conjunto, 187276 utentes inscritos. Apesar dos esforços, 21018 desses utentes ainda não têm médico de família, sendo obrigados a recorrer à prestação de cuidados de saúde de empresas privadas ou às consultas de recurso¹⁶ oferecidas por cada unidade de saúde pertencente ao ACES.

¹⁶ Dão resposta às necessidades dos utentes sem médico de família atribuído. Tal como o nome indica, estas consultas só devem ser utilizadas em situações de recurso enquanto não lhes é atribuído um médico de família.

1.1.7. Recursos Humanos do ACES do Vale do Sousa Sul

Para o funcionamento destas unidades e equipas, o agrupamento em estudo tem ao seu dispor 371 recursos humanos, sendo que 95 são médicos de clínica geral e familiar e três desses médicos de clínica geral e familiar estão no CDP; quatro médicos de saúde pública; 119 enfermeiros; um nutricionista e um dentista. O agrupamento conta ainda com quatro técnicos de saúde ambiental e 23 internos complementares de medicina geral e familiar. Estes não fazem parte do quadro de recursos humanos do agrupamento, mas desempenham importantes funções dentro das unidades funcionais, estão, por exemplo, muito mais sensibilizados para o ensino, educação e promoção da saúde.

De acordo com o Plano de Desempenho de 2011 do ACES Tâmega II – Vale de Sousa Sul, este número é ainda “muito reduzido”, pois há “inúmeras actividades” que não são desenvolvidas por falta de recursos humanos e “uma constante adaptação e flexibilidade na gestão” por causa da dispersão geográfica das unidades funcionais (Plano de Desempenho do ACES Tâmega II – Vale de Sousa Sul, 2011, p. 5).

Em média, os utentes que se dirigem a qualquer Unidade de Saúde Familiar do ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul, para tratar uma doença aguda é visto por um médico no próprio dia do pedido. Já se se tratar de qualquer outro motivo, o utente é atendido dentro dez dias úteis, a partir do dia em que faz o pedido para ser visto por um médico. No caso de o utente pretender adquirir a renovação de medicação, a prescrição dela é feita em 72 horas após o pedido. No caso de se pretender uma carta de referenciação, orientações, relatórios e outros documentos escritos terá de aguardar 48 horas após o pedido. Já as consultas ao domicílio demoram 24 horas a serem efectuadas, se o pedido for aceite pelo profissional de saúde.

1.1.8. A Comunicação no ACES

A comunicação em saúde tem vindo, ao longo dos últimos anos, a ser alvo de interesse e de estudo, não só por parte dos profissionais de comunicação, mas também dos profissionais de saúde. Actualmente é maior a franja de profissionais de saúde que considera a comunicação como um importante factor a ser melhorado nas instituições que prestam cuidados de saúde primários, para maior eficácia no combate à doença.

Em conversas informais tidas com alguns profissionais de saúde do ACES do Vale do Sousa Sul, pode concluir-se que reconhecem que a comunicação é a base de tudo, sobretudo quando se tem de educar e formar populações tão heterogéneas. A dificuldade em fazer com que o receptor receba a mensagem de acordo com o objectivo do emissor torna-se difícil, pois neste caso, por mais curta, objectiva e simples que a mensagem seja, a população não a assimila ou não a interpreta como o desejado, porque os níveis de literacia são realmente muito díspares e as pessoas não conseguem perceber as mensagens. Os profissionais de saúde têm a noção de que a comunicação deve ser considerada o pilar do entendimento entre ambas as partes (ACES e população) e que bem orientada, e esclarecedora, estimulada e entendível é capaz de resolver muitos problemas do ACES e das suas unidades funcionais ao nível do combate a diversas enfermidades que têm exigido maior preocupação por parte do agrupamento.

Mas os profissionais da instituição em estudo, apesar de terem algumas noções de como deve ser transmitida a mensagem, sentem uma enorme dificuldade em adaptar essas mensagens à comunidade e optar pelos veículos ou instrumentos mais indicados para a transmitir, sentindo, desta forma, a necessidade do apoio de profissionais com formação em comunicação nos programas e estratégias do Agrupamento e das suas unidades funcionais.

O problema reside, então, no facto de não se conseguir corrigir ou atenuar essa dificuldade. Algumas das enfermidades em crescimento na região são exemplo dessa dificuldade: aumento do número de casos de tuberculose e aumento dos acidentes de viação envolvendo jovens, por exemplo. Mas a iliteracia, também, é parte do problema, apesar de os profissionais de saúde se esforçarem para usar uma linguagem mais acessível e cuidada para que, pelo menos, alguma da informação importante chegue ao doente e num sentido mais amplo à comunidade, a população não entende a informação transmitida: “comunicação para surdos” é uma das mágoas que muitos sentem.

A reforma que abarcou todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde primários trouxe uma maior preocupação em comunicar de forma eficaz, uma vez que também estão organizadas de uma forma em que se pensa mais nos utentes e na comunidade, havendo maior cuidado com a gestão e a comunicação.

Este novo modelo faz mais sentido, porque quer utentes quer profissionais estão mais motivados para a prevenção, educação e promoção da saúde na comunidade, uma vez que é assim que se consegue mudar mentalidades e comportamentos. É desta forma que se atingem os ganhos tão desejados na saúde. Esta questão ganha uma dimensão maior quando se fala nos profissionais de enfermagem, pois considera-se que estes estão muito mais voltados para as questões da promoção da saúde. Eles são quem melhor comunica e estão motivados para comunicar ao contrário de outros profissionais que não têm a educação para a comunicação, nem estão motivados para tal. Mas o novo modelo veio contrariar essa tendência, apesar da resistência de alguns, acredita-se que a comunicação veio facilitar o cumprimento da missão do ACES. O facto de as pessoas terem de trabalhar em equipa “obriga-as” a estarem informadas e a informar, estando, por conseguinte, integradas.

1.1.8.1. Comunicação entre profissionais do ACES

A dificuldade em comunicar internamente revela-se igualmente difícil, apesar de o ACES se esforçar para manter os profissionais interessados em receber as informações e participar em formações, isso muitas vezes não acontece. Em casos de pandemias, por exemplo, os profissionais têm formações específicas para poderem educar e promover os cuidados necessários a ter perante a situação. No caso do vírus H1N1, por exemplo, houve muita informação e formação dada aos profissionais, e, se falhou, foi porque alguns não quiserem, pois não estavam motivados para a receber.

Todos os profissionais dentro do ACES e das suas unidades funcionais têm à sua disposição várias ferramentas para comunicar internamente: e-mail institucional; telefone; fax e reuniões mensais, no caso do ACES com os coordenadores das unidades funcionais, no caso das unidades funcionais semanais e os seus profissionais, reuniões semanais. A caixa de e-mail é considerada como uma ferramenta de comunicação “facilitadora”. Mas “os e-mails para serem lidos têm de ser abertos”, como defende um dos profissionais de saúde. Há uma forte resistência ao seu uso.

Nas reuniões são discutidos assuntos do interesse do agrupamento e/ou das unidades funcionais, onde se trabalham indicadores para perceber onde se está a falhar e, por isso, onde tem de se investir mais, discussão de normas que dizem respeito, tanto ao funcionamento das unidades funcionais, como aos profissionais e utentes e entre outros.

Estes instrumentos de comunicação internos são considerados, pelos profissionais com quem conversei, suficientes. No entanto, é necessário “pô-los em prática”, pois muitas vezes há “falta de interesse”. Ainda há profissionais dentro do ACES que se preocupam mais em desenvolver o seu trabalho de forma individual, dedicam-se às rotinas, não procurando informação, nem a discutindo com os restantes profissionais.

No entanto com a nova organização das instituições prestadoras de cuidados de saúde primários, o trabalho em equipa é fundamental e necessário: todos os profissionais devem trabalhar para o mesmo fim, lutando pelos melhores resultados.

A falta de comunicação entre os profissionais de saúde ainda é bem notória, pois, em alguns casos, há várias pessoas a trabalhar para o mesmo fim, mas de forma isolado e com metodologias diferentes o que se reflecte num desgaste que poderia ser poupado, caso trabalhassem em conjunto. O trabalho poderia ser, por exemplo, mais gratificante e os resultados poderiam ser melhores. Até a satisfação profissional seria diferente, como refere um dos profissionais de saúde. Até nos registos relativos aos doentes, a comunicação falha.

Pode concluir-se, então, que a dificuldade em comunicar internamente pode dever-se a três factores principais: o facto de muitos dos profissionais estarem habituados a trabalhar isoladamente; a falta de interesse em usar os instrumentos de comunicação internos disponíveis e o facto de não estarem motivados para as questões comunicacionais.

1.2. Caracterização da Região Vale de Sousa Sul

1.2.1. Dados Demográficos

De acordo com o Perfil Local de Saúde de 2009, realizado pela Administração Regional de Saúde do Norte, I.P, a população esperada, para 2008 na área de afluência do ACES Tâmega II – Vale de Sousa, seria de 86734 homens e 8934 mulheres (Castelo de Paiva com 8242 homens e 8543 mulheres; Paredes: 42946 homens e 44196 mulheres; Penafiel: 35546 homens e 36295 mulheres).

A região destaca-se no Norte do país e até no Continente ao apresentar-se como uma das mais jovens, pois apresenta um elevado índice de dependência de jovens (26,3%), contrastando com o índice de envelhecimento bastante inferior ao da restante região norte e continente (15,9%). No entanto, a Taxa de Natalidade, na região, tem vindo a diminuir ao longo dos anos, acompanhando a tendência de todo o país. A proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos é de 5,3%. A região do Vale de Sousa Sul apresenta uma percentagem mais alta do que o Continente e a restante região Norte. Já a percentagem de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos revela-se menor, em relação à região norte e continente, sendo de 15,6 %. O mesmo acontece em relação à proporção de nascimentos pré-termo, que é de 8,4%.

Aquando dos nascimentos, a esperança média de vida, no triénio de 2005-2007, era maior para o sexo feminino (81,9 anos) do que para o sexo masculino (75,0 anos). Já a esperança de vida aos 65 anos, no mesmo triénio, continua a ser maior para as mulheres (19,3 anos) e de 16 anos para os homens, revelando-se estes números inferiores aos da restante região Norte e Continente.

No que diz respeito à mortalidade infantil, os três concelhos têm sofrido algumas variações e, ao longo dos últimos triénios, os valores das suas taxas têm sido inferiores às da Região Norte e do Continente, fixando-se em 2,7 % em 2009.

Apesar da taxa de mortalidade ter vindo a descer desde 2000, dois anos mais tarde começou a sofrer algumas variações, tendo-se fixado nos 2,5% em 2007, revelando-se mais baixa em relação à região Norte e Continente.

As mortes ocorridas antes dos 65 anos de idade ultrapassam a taxa da região Norte e Continente. Dos 5 aos 24 anos e dos 25 aos 44 anos, as causas externas são as originadoras das elevadas percentagens, 55,4% e 29%, respectivamente. Já dos 45 aos 64 anos as causas mortais que predominam são os tumores malignos (37,6%) e as doenças do aparelho respiratório (20,3%). Os tumores malignos também levam à morte cerca de 26,2% dos idosos entre os 65 e 74 anos. As doenças do aparelho circulatório chegam a matar 41,4 % aos 75 e mais anos.

1.2.2. Factores Económicos

Em termos económicos, os concelhos que pertencem ao ACES Tâmega II – Vale de Sousa Sul encontram-se abaixo da média do Continente e da restante região norte, pois o rendimento mensal médio dos trabalhadores por conta de outrem, em 2006, é inferior (Castelo de Paiva: 632,0; Paredes: 640 e Penafiel: 711,7), fazendo com que o poder compra *per capita* seja naturalmente menor (Castelo de Paiva: 56,2; Paredes: 66,2 e Penafiel: 62,7). De acordo com os Censos de 2001, é o sector secundário que predomina na região, aliás tendência verificada na região norte, contrastando com o continente, onde predomina o sector terciário.

Estes factores podem explicar o aumento do número de desempregados nos últimos anos, apresentando-se superior ao continente e região norte desde 2008. A população activa feminina é a mais afectada, pois o seu nível de instrução é muito baixo. A maior parte da população conclui apenas ensino básico. De acordo com os Censos de 2001 em Castelo de Paiva 3,8% da população abandonou a escola, em Paredes 6,4 %, fazendo deste concelho com maior taxa de escolaridade, seguindo-se Penafiel com 5,7 %. Note-se que estas percentagens tiveram uma grande descida, quando comparadas com as de 1991. No entanto, apesar de também a Taxa de Analfabetismo ter descido de 1991 para 2001 ainda se mantém relativamente alta. Em Castelo de Paiva 9,30 % (em 1991 era de 10,90 %) da população é analfabeta, apresentando a percentagem maior da região do Vale do Sousa Sul (Paredes 6,90% e Penafiel com 8,70%). Mas a população que procedeu estudos até ao ensino superior é ainda uma minoria.

1.2.3. Enfermidades mais Comuns da Região

A região que o ACES do Vale de Sousa Sul é caracterizada por ser a região do país com maior taxa de mortes causadas por acidentes de viação. Cerca de 25,6 % dos homens perdem a vida em acidentes de transporte, contrastando com 3,0 % das mulheres. A segunda enfermidade que mais mata é o cancro maligno na traqueia, brônquios e pulmão (24,1 %), nos homens até aos 64 anos, no que diz respeito às mulheres, 3,1 por cento é afectada pela doença.

As doenças do Aparelho Circulatório (doenças isquémica do coração e cerebrovasculares) surgem com 23, 4 % nos homens e 8, 5 % nas mulheres.

Mas é através do número de internamentos hospitalares que a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. como factores indirectos importantes para determinar a incidência de determinadas doenças na comunidade. No entanto, deve referir-se que esses dados apenas dão conta de episódios de doenças que requerem internamento hospitalar, em hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde, ficando de fora outros estados mórbidos que são resolvidos/acompanhados em ambulatório. No entanto, acredita-se que estes dados possibilitam a vigilância/monitorização de determinadas doenças ou condições específicas.

Tabela 1 – Taxa de Internamento Padronizada para Todas as Idades

Episódios de Internamento			
Causas de Internamento	Homens e Mulheres	Homens	Mulheres
Doenças do aparelho digestivo	1539	867	672
Doenças do aparelho circulatório	1431	754	677
Doenças do aparelho respiratório	1346	769	577
Doenças do aparelho geniturinário	908	362	546
Doenças do sistema osteomuscular	871	409	462
Tumores Malignos	442	258	184
Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas	311	98	213
Pneumonia	473	287	186

Doenças cerebrovasculares	439	235	204
Doença isquémica do coração	281	197	84
Diabetes <i>Mellitus</i>	140	77	63
VIH/Sida	40	32	8
Tuberculose	32	28	4
Doença crónica do fígado e cirrose	122	71	51
Causas Externas (Acidentes de viação e suicídios)	1297	753	544

Apesar dos números indicados acima, são três as enfermidades que mais preocupam o Unidade de Saúde Pública do ACES em estudo, pois acredita-se que as suas taxas de incidência têm vindo a aumentar. Trata-se da tuberculose, do alcoolismo e dos acidentes de viação. São causas, cujo tratamento não depende apenas da terapêutica prescrita pelo médico, mas essencialmente de comportamentos adequados.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa causada por um micróbio chamado “bacilo de Koch”. É uma doença contagiosa, que se transmite de pessoa para pessoa e que atinge sobretudo os pulmões. Pode também atingir outros órgãos e outras partes do corpo: os gânglios, os rins, os ossos, os intestinos e as meninges. Em Portugal doença tem maior incidência em Lisboa, Porto e Setúbal onde os esforços para a combater tornam-se, muitas vezes, lentos porque nos três concelhos existem os mais determinantes factores de risco com impactos, naturalmente, negativos no sucesso da sua terapêutica.

A tuberculose pode matar se não for combatida atempada e convenientemente. Os doentes se seguirem a prescrição e indicações do médico, a oportunidade de cura pode chegar aos 95 %. Para isso devem cumprir o tratamento sem interromper, mesmo que os sintomas desapareçam, durante seis meses. No entanto a melhor forma de combater esta doença infecto-contagiosa é a sua prevenção através da vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin)¹⁷, a sua tomada obrigatória, aplicada nos primeiros 30 dias de vida é capaz de proteger contra as formas mais graves de tuberculose, não só em Portugal, mas em todo o mundo. Outra das formas de prevenção é evitar ambientes saturados e pouco arejados e limpos, evitar permanecer vários dias com um doente tuberculoso, pois através da fala e da tosse podem ser expelidos bacilos.

Os sintomas mais evidentes são:

- Tosse crónica;
- Febre;
- Existência e persistência de suores nocturnos (dos que ensopam o lençol);
- Dores no tórax;
- Perda de peso, lenta e progressiva;
- Falta de apetite, anorexia, apatia completa para com quase tudo o que está à volta.

Na Região do Vale do Sousa Sul, o concelho com mais número de casos é Penafiel, nas freguesias de Eja, Boelhe e Rio de Moinhos.

¹⁷ O seu nome deriva pela administração ser feita por inoculação de bacilos de Calmette – Guérin (dois médicos franceses que se dedicaram ao estudo da tuberculose). Estes bacilos têm uma virulência atenuada, mas suficiente para induzir a produção de anticorpos pelo organismo, o que lhe permite melhorar a sua capacidade de defesa se, no futuro for exposto a um ataque pelo *Mycobacterium Tuberculosis*. Em Portugal faz parte do Programa Nacional de Vacinação e é administrada nos primeiros dias de vida (em regra ainda nas Maternidades).

Alcoolismo

Acredita-se que a dependência do álcool ou a sua ingestão em excesso tem vindo a aumentar na região do Vale do Sousa Sul. A Unidade de Saúde Pública do ACES em Estudo não tem acesso a indicadores directos sobre a enfermidade, mas ao analisar o número de episódios de internamentos por ano no hospital da região, acredita que é um problema com necessidade de ser combatido. O consumo excessivo de álcool ou a sua dependência pode, também, estar na origem dos números elevados de mortes causadas por acidentes de viação.

A Organização Mundial de Saúde divide o consumo de álcool em três categorias diferentes:

- Consumo de risco – “é um padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental se esse consumo persistir”.
- Consumo nocivo – “é um padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais.” No entanto não há dependência.
- Dependência – “é um padrão de consumo constituído por um conjunto de aspectos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetida ingestão de álcool, desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos apesar das consequências, uma grande importância dada aos consumos em desfavor de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool (necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir o efeito desejado ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade) e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado”.

O consumo de álcool em excesso aumenta o risco de ocorrência de acidentes domésticos, laborais e de condução, violência, abusos e negligência infantil, conflitos familiares, incapacidade prematura, podendo, em alguns casos, levar à morte. Ao nível da saúde física, pode provocar patologias agudas e crónicas, psicológica e sociais, constituindo um problema de saúde pública.

Segundo o Ministério da Saúde Português, os homens consomem mais álcool do que as mulheres, sendo o início do consumo, em ambos os sexos, cada vez mais precoce.

1.2.4. Linhas Estratégicas do ACES do Vale do Sousa Sul

Perante este panorama e para a sua “sustentabilidade” e “viabilidade”, o ACES VSS criou 10 linhas estratégicas que visam o bom funcionamento da instituição e a preocupação em suprir as necessidades presentes e futuras de todos os cidadãos cobertos por este agrupamento. No fundo e como contempla “o Plano de Desempenho de 2011” do Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega II – Vale de Sousa Sul, essas 10 linhas estratégicas “contemplam um conjunto de objectivos que correspondem aos resultados que se pretendem ver alcançados” (Plano de Desempenho do ACES Vale do Sousa Sul, 2011, p. 18), que passam pela melhoria dos direitos dos utentes, como a garantia do acesso e igualdade à saúde em tempo útil, a qualidade dos cuidados prestados e a participação dos cidadãos no sistema. A segunda linha prende-se com a ética na instituição e para com os seus públicos. “A governação clínica” deve desempenhar as suas funções de acordo com a “responsabilidade social”, baseando-se nos valores “valorização do saber prática, a partilha do conhecimento, a tolerância perante o erro, o envolvimento dos cidadãos nas decisões e a crença no potencial das pessoas”. No fundo, são os valores base que contribuem para o sucesso da organização. Sucesso, este, que se reflecte no trabalho que o agrupamento desempenha no dia-a-dia: prestação de cuidados de saúde primários. “A governação clínica vai passar a ser um desafio à prática multidisciplinar nas unidades de saúde do ACES, afirmando-se como uma estratégia para a melhoria contínua dos cuidados prestados” (Plano de Desempenho do ACES do Vale de Sousa Sul, 2011, p. 19). Mas se os recursos humanos não estiverem em consonância com os objectivos, neste caso, do ACES Tâmega II VSS e não houver uma gestão autónoma, é difícil cumprir objectivos pretendidos. Por isso, uma terceira linha estratégica ambiciona melhorar o desempenho da organização ao aumentar a quantidade com eficiência, qualidade e inovar os serviços que presta e que produz. Para isso, tem em conta as mudanças de atitude e culturais que a sociedade tem vindo a ter ao longo dos anos, mais concretamente, a zona que o ACES Tâmega II VSS abrange, preocupando-se, então, mais com as pessoas - a “gestão das pessoas” -, uma vez que são “o recurso estratégico” mais importante nas organizações, pois contribui para o sucesso, ou não, da organização.

Estas linhas estratégicas estão todas encadeadas, sendo muito difícil a instituição atingir o sucesso pretendido sem trabalhar tendo em conta cada uma delas. Posto isto, a quarta linha também se adivinha fundamental, uma vez que contempla o conhecimento como forma de melhorar o desempenho da organização. Assim, é importante que sejam implementados planos de formação de forma a capacitar os profissionais de todas as unidades funcionais pertencentes ao ACES Tâmega II VSS, de acordo com as necessidades reais do agrupamento, dos seus utentes, e dos seus objectivos. “A formação e a capacitação dos profissionais devem ser vistas como um investimento”, pois são fundamentais “para a qualidade dos serviços prestados, para adopção de boas práticas, para uma abordagem efectiva dos problemas de saúde da população e para a implementação de modelos de decisão descentralizados e participativos” (Plano de Desempenho do Vale de Sousa Sul, 2011, p. 21).

Assim, o programa de gestão do agrupamento deve ter um planeamento estratégico coerente, tendo em conta as necessidades e deficiências, prioridades e identificação dos recursos. Não deixar de fora a monitorização e avaliação do seu desempenho, sendo necessário aperfeiçoar o modelo de contratualização do ACES nas duas vertentes: contrato-programa com a ARS Norte e contratualização interna com as diversas unidades funcionais. Também a gestão da informação e da comunicação apresenta um papel importante no ACES Tâmega II VSS, sendo o enfoque deste trabalho.

A comunicação já é tida por muitos profissionais de saúde como um importante factor para atingir os objectivos a que o ACES se propõe. Ela poderia aliviar e orientar muitos profissionais na sua missão da promoção e educação para saúde e na prevenção da doença. Crê-se, então, que a presença de um profissional de comunicação no ACES seria uma mais-valia. Uma sexta linha estratégica defende que “a utilização adequada das tecnologias de informação e comunicação garante a acessibilidade da informação e permite conservar a memória do ACES” (Plano de Desempenho do ACES de Vale de Sousa Sul, 2011, p. 22). Considera que na política de gestão de informação do Agrupamento devem estar presentes as bases de dados relacionais, a Internet, a política de difusão de informação, portais *Web* e sistemas de informação e entre outros. Não contempla, assim, o uso da comunicação para a saúde.

O conjunto de linhas estratégicas definidas pelo ACES Tâmega II VSS também contempla a participação dos profissionais de saúde e dos cidadãos. É objectivo fazer com que a comunidade sinta que a sua participação é eficaz e tida em conta, trazendo “resultados objectiváveis”, partilhar com a comunidade os objectivos das mudanças e das melhorias pretendidas que se pretende alcançar, apresentando-se como “um poderoso instrumento de gestão”.

As tecnologias de informação, os novos estilos e hábitos de vida que trouxeram (e continuam a trazer) uma maior consciência dos seus direitos e desafios da saúde fazem com que a saúde tenha de evoluir no que diz respeito à melhoria e diversificação dos cuidados, tanto ao nível da prestação de cuidados de saúde como na forma de acessibilidade a essa mesma prestação. Nesta linha estratégica, considerada como a oitava, “a investigação, avaliação e melhoria da qualidade visam diminuir a variabilidade e identificar e normalizar boas práticas” (Plano de Desempenho do ACES do Vale de Sousa Sul, 2011, p. 24).

Por fim, as duas últimas linhas estratégicas consideram que a qualidade dos serviços e de saúde é “um processo contínuo” com actividade planeada a longo prazo: fixação de metas específicas, revisão de desempenhos com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados (Plano de Desempenho do ACES do Vale de Sousa Sul, 2011, p. 24). A décima linha apresenta uma importância grande para todas as instituições de saúde: acreditação de serviços, pois para além ser um factor que exige a melhoria continua dos serviços e cuidados, traz maior satisfação a todos os seus *stakeholders*.

1.3 Definição do (s) Problema (s)

Nas sociedades os seres humanos e as organizações estão em permanente relação uns com os outros. Estas relações, muitas vezes, geram climas de tensão e até conflitos, revelando-se importante o entendimento entre as duas partes (organização e público). As Relações Públicas distinguem-se como um meio para conseguir o “ajuste mútuo” entre as instituições e os públicos, estabelece boas relações entre eles, trazendo resultados positivos para ambas as partes.

Então, se é importante o entendimento entre o público e qualquer organização, torna-se fundamental, também, o entendimento e bom relacionamento entre as instituições de saúde e os seus diversos públicos, uma vez que as instituições prestadoras de cuidados de saúde primários, consideradas o pilar central do sistemas de saúde, para além de constituírem o primeiro acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, assumem importantes funções no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença. Então, aqui a articulação da saúde com a comunicação revela-se importante, pois há a necessidade de motivar as pessoas para questões relacionadas com a saúde e a qualidade de vida e gerar acções efectivas para prevenir a doença. A diversidade de públicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde é grande, não só porque abrangem utentes muito heterogéneos, mas também porque fazem parte dos Agrupamentos várias unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde, com funcionários de formações e culturas diferentes, fornecedores e parceiros.

Depois da análise da situação encontram-se três problemas fundamentais, dois na área da comunicação para a saúde e um na área da comunicação organizacional que passo a enunciar:

- A) Taxa de alcoolismo elevada entre jovens. O alcoolismo foi ainda identificado como causa de grande número de acidentes de viação entre os jovens da zona.
- B) Taxa de casos de tuberculose nas freguesias de Eja, Boelhe e Rio de Moinhos tem vindo a aumentar.
- C) Dificuldade ao nível da cooperação e partilha de informação no seio do ACES.

É fundamental referir que a escassez de dados dificulta uma verdadeira possibilidade de apresentar objectivos mais detalhados em termos da sua intenção, proporção e prazo.

2. Projecto de uma Estratégia de Comunicação para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul

Apresenta-se uma Estratégia de Comunicação para o Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul estruturada por um período de um ano e extensível a três anos. A partir dela pretendo demonstrar a validade da ideia defendida neste trabalho: também na saúde o trabalho desenvolvido pelos profissionais de Relações Públicas pode contribuir para o sucesso da organização. Neste caso concreto, o trabalho de RP permite melhorar a eficácia das instituições prestadoras de cuidados primários de saúde e no que se refere ao cumprimento da sua missão, no que diz respeito à prevenção da doença, promoção e educação para saúde. Acredito que só assim é possível conseguir os ganhos para as populações face aos problemas identificados como urgentes e passíveis de serem combatidos através da comunicação do ACES em estudo.

Assim, em primeiro lugar, procedeu-se à análise da situação não só do ACES do Vale do Sousa Sul - onde se apresenta a caracterização e composição do Agrupamento - mas também a região que este abrange em termos demográficos, económicos e sociais. Realizou-se ainda um estudo exploratório, através das conversas informais tidas com alguns dos coordenadores das Unidades Funcionais da instituição, com o objectivo de perceber o estado da comunicação neste Agrupamento e as dificuldades em torná-la eficaz e as enfermidades que apresentam maior preocupação no que diz respeito ao seu combate.

Na segunda fase, procede-se à apresentação dos *stakeholders* da organização em estudo, afunilando para aqueles que são envolvidos directa ou indirectamente na estratégia, bem como os parceiros que são essenciais para a realização e o sucesso desta. Não esquecendo, naturalmente, os objectivos de comunicação, os seus grandes eixos estratégicos de actuação, bem como as mensagens de comunicação. Por fim, apresentam-se as acções a desenvolver para cumprir cada um dos eixos estratégicos, respectivos objectivos, públicos-alvo, logística, orçamentação e avaliação.

Posto isto, este projecto centra-se em dois grandes eixos prioritários: promover estilos de vida saudáveis junto dos jovens da região do Vale do Sousa Sul tendo, naturalmente, em conta as suas características. Pretende-se também abordar os doentes

com tuberculose e os cidadãos com risco de serem infectados com esta doença infecto-contagiosa sobre a adopção de cuidados para que a doença não seja transmitida, uma vez que o número de infectados com tuberculose tem vindo a aumentar. Promover a comunicação entre os profissionais do ACES e o uso dos instrumentos de comunicação que este disponibiliza para aumentar a cooperação e a eficácia entre os profissionais é a segunda ambição deste trabalho.

2.1. Meta

A finalidade desta Estratégia de Relações Públicas prende-se com a promoção de, por um lado dos hábitos, estilos e comportamentos de vida saudáveis e, por outro lado, o uso de ferramentas da comunicação, por parte dos profissionais do ACES do Vale do Sousa Sul, uma vez que permitem maior e melhor cooperação entre eles. Apesar de serem várias as enfermidades, na região, capazes de serem trabalhadas, no âmbito das estratégias de Relações Públicas, optou-se por desenvolver uma estratégia sobre aquelas que apresentam maior urgência e, por outro, passíveis de serem trabalhadas: tuberculose, comportamentos e consumos que podem pôr a vida dos jovens em risco e uso das ferramentas de comunicação para melhor e maior cooperação entre profissionais do ACES.

Pretende-se que no final de um ano, estes grupos reconheçam e estejam motivados para a adopção de comportamentos mais saudáveis e que os profissionais de saúde reconheçam que a comunicação eficaz entre eles pode trazer vantagens ao nível do funcionamento dos serviços onde trabalham.

2.2. Propósitos Globais

Para que este projecto de um ano, mas extensível a três anos, possa corresponder às expectativas, são definidos grandes propósitos gerais para esta Estratégia de Relações Públicas de acordo com os públicos-alvo de cada programa:

2.2.1. Jovens:

- Alertar para os consumos de risco¹⁸;
- Alertar para o perigo de dependência;
- Motivar para a adopção de hábitos e comportamentos saudáveis.

2.2.2. Cidadãos Passíveis de contrair Tuberculose:

- Informar sobre os sintomas;
- Dar a conhecer os factores de risco;
- Motivar para a adopção de comportamentos que previnam;
- Motivar os doentes para o cumprimento da prescrição do médico e as suas indicações durante o período de tratamento (seis meses).

2.2.3. Profissionais:

- Melhorar a cooperação entre os profissionais do ACES do Vale do Sousa Sul;
- Adopção de hábitos no que diz respeito ao uso dos instrumentos de comunicação;
- Melhorar a qualidade do serviço prestado.

2.3. Eixos Estratégicos

Para que o ACES do Vale do Sousa Sul possa cumprir a sua missão e, por conseguinte, alcançar os ganhos na saúde tão desejados, sugiro dois eixos estratégicos, sendo que o primeiro se divide em dois subeixos, para a implementação da Estratégia de Comunicação no Agrupamento:

¹⁸ É um padrão de consumo que pode vir a implicar danos na saúde (físico ou mental), se esse consumo persistir.

- Promoção da Saúde
 - Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis
 - Promoção da qualidade de vida

- Comunicar para Cooperar (ver tabela 1).

Tabela 2 – Eixos Estratégicos

Eixo Estratégico	Caracterização
Promoção da Saúde	Um dos eixos estratégicos deste plano é designado por Promoção da Saúde. Decidiu-se dividir este eixo em dois programas, uma vez que se pretende promover e persuadir dois grupos diferentes para a adopção de estilos e comportamentos de vida saudáveis: jovens e cidadãos passíveis de contrair a tuberculose e/ou já infectados. A partir das conversas informais tidas com os coordenadores de algumas das Unidades Funcionais do ACES do Vale do Sousa Sul e da exploração de documentos com indicadores referentes ao Perfil Local de Saúde da região, pode concluir-se que há duas grandes preocupações a combater na zona: por um lado o aumento do número de casos com tuberculose e, por outro, o número de mortes causadas por causas externas. Por causas externas entende-se, essencialmente aqui, os acidentes de viação que têm vindo a apresentar um aumento na região, o que se reflecte no número crescente de mortes em idade jovem. Acredita-se que a ingestão de álcool sem moderação é uma das causas do aumento desta fatalidade.

	<p>Assim, com este eixo estratégico pretende-se fazer a promoção de estilos e hábitos de vida saudáveis junto dos públicos estratégicos: doentes com tuberculose e cidadãos passíveis de virem a ser infectadas e os jovens da região, independentemente do grau de escolaridade. Ambiciona-se, então, num primeiro plano estagnar a taxa de infectados com tuberculose e num segundo plano, ao fim do terceiro ano de implementação da estratégia, descer essa taxa. Já no caso dos jovens, pretende-se informá-los de que mantendo uma vida com hábitos e estilos saudáveis só lhes traz ganhos e, por conseguinte, persuadi-los para a adopção desses hábitos e estilos de vida saudáveis, para que, ao final de três anos, sejam capazes de advogar junto de outros jovens em prol da adopção dos mesmos comportamentos.</p>
<p>Comunicar para Cooperar</p>	<p>O segundo eixo estratégico para este plano de Relações Públicas premeia o uso das ferramentas de comunicação, que o ACES do Vale do Sousa Sul tem ao dispor dos seus profissionais, como impulsionador da cooperação entre os profissionais de saúde. Para que possa haver cooperação entre os profissionais é importante que estejam motivados para a partilha de informações e discussão de temáticas (indicadores) relacionadas com a instituição e com saúde ao nível regional, nacional e internacional.</p> <p>Depois de perceber, através de conversas informais, que os profissionais de saúde não estão motivados para o uso das ferramentas de comunicação que lhes permite maior colaboração e interesse pelo trabalho que desenvolvem, torna-se indispensável realizar uma estratégia que os motive e os informe acerca dos benefícios e da importância do uso delas e, por conseguinte, a melhoria da cooperação entre eles.</p> <p>Acredita-se que a falta de motivação para o uso das novas tecnologias de informação se prende com o facto de se tratar de profissionais com idades e formações diferentes e o facto</p>

	de terem trabalhado durante muito tempo de forma individual sem recurso a estas ferramentas, fazendo com que a integração e o uso delas sejam lentos e difíceis. Daí a importância em desenvolver um plano que envolva o uso dessas ferramentas.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.4. Mensagens de Comunicação por Eixo Estratégico

A Estratégia de Comunicação, a apresentar, compreende as seguintes mensagens:

Tabela 3 – Mensagens de Comunicação por Eixo Estratégico

Eixo Estratégico	Mensagens de Comunicação
Promoção da	<p>Promoção dos hábitos e comportamentos de vida saudáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Os hábitos e comportamentos de vida pouco saudáveis podem levar à morte; ○ É possível a diversão sem a ingestão de determinadas substâncias em excesso; <p><u>Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se a tuberculose surge e não é tratada e deixada à sua evolução natural leva o infectado à morte; ○ Em Portugal surgem anualmente mais de três mil novos casos da doença;

<p>Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ O tratamento é fácil e gratuito; ○ Todas as pessoas que contactam com um doente infectado com tuberculose podem ser infectadas¹⁹; ○ O risco de infecção diminui com a permanência em locais arejados, bem ventilados e com larga exposição à luz solar; ○ Para prevenção existe uma vacina – a BCG – que deve ser administrada à nascença e quando necessária na idade adulta; ○ Seis meses de tratamento sem interrupção com toma diária de medicamentos, em regra são suficientes para a cura;
<p>Comunicar para Cooperar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quando todos os profissionais dentro de determinada organização estão informados é mais fácil atingir o cumprimento da sua missão; ○ Antes de se comunicar de forma eficaz externamente, a comunicação a nível interno tem de existir e ser eficaz; ○ As ferramentas de comunicação são muitos úteis, não só para informar e estar informado, mas também para melhor e maior cooperação entre os profissionais; ○ A comunicação é uma importante “arma” para atingir os objectivos do ACES do Vale do Sousa Sul;

¹⁹ Apesar do bacilo poder atingir vários órgãos do corpo, a doença só é transmitida por quem tiver tuberculose pulmonar, existindo bactérias (bacilos) viáveis nas lesões (tuberculose bacilífera).

2.5. Stakeholders do Agrupamento de Centro de Saúde do Vale de Sousa Sul

População, de todas as faixas etárias, dos concelhos de Castelo de Paiva, Paredes e Penafiel	Profissionais de Saúde	Assistentes Técnicos	Assistentes Operacionais
Laboratórios Farmacêuticos	Administração Regional de Saúde do Norte	Direcção Geral de Saúde	Governo/Ministério da Saúde
Hospitais	Estudantes na área da saúde	Informáticos	Assistentes Sociais
Gestores	Câmaras Municipais dos três concelhos	Empresas de diferentes sectores dos três concelhos	Meios de Comunicação Social
Associações Culturais/Recreativas	Associações Desportivas	Cafés/bares e discotecas dos três concelhos	Juntas de Freguesia dos três concelhos

2.6. Públicos-alvo

Neste plano de Relações Públicas são definidos três públicos-alvo diferentes: jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, em maioria na região do Vale do Sousa Sul, inseridos na população; os doentes com tuberculose e cidadãos passíveis de serem infectados, uma vez que o número de infectados tem vindo a aumentar e, por fim, os profissionais de saúde que demonstram grande renitência ao uso das ferramentas de comunicação interna o que se reflecte na cooperação entre eles.

Na impossibilidade de acesso a estatísticas actuais, assume-se, para a caracterização dos públicos-alvo, estimativas aproximadas para que se consiga definir

objectivos mensuráveis e, de alguma forma, próximos da realidade. Assume-se, aqui, a fragilidade do projecto no que diz respeito a este aspecto, no entanto, dada a falta de recursos para se procederem a estudos sociológicos utilizam-se as estatísticas disponibilizadas pela Administração Regional do Norte, I.P. e pelo ACES em estudo.

2.6.1. Jovens

A região do Vale do Sousa Sul destaca-se das restantes zonas do país por ter um índice de dependência de jovens elevado (26,3 por cento), que contrasta com o índice de dependência de idosos, que é de 15,9 por cento, de acordo com o índice demográfico, de 2008, apresentado pelo Instituto Nacional de Estatística. Apresentam-se ainda como o grupo com a esperança média de vida (em anos) menor à da região Norte, o que poderá ser explicado pelo aumento da mortalidade devido a causas externas (acidentes de transporte, por exemplo) em população jovem.

Assim, este projecto de Relações Públicas é realizado com vista a mudar alguns dos seus comportamentos excessivos que podem ter consequências trágicas. Os jovens são um dos grupos que o ACES do Vale do Sousa Sul, por mão da sua Unidade de Saúde Pública, pretende motivar e, por sua vez, levar à adopção de hábitos e comportamentos de vida saudáveis.

Por jovens entende-se todos aqueles cidadãos, do Vale do Sousa Sul, que têm idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, pois acredita-se que são jovens com carta de condução, que usam o carro para se deslocarem e transportarem outros jovens para locais de diversão onde ingerem substâncias como as bebidas alcoólicas. Este plano visa todos os jovens com baixas e maiores habilitações literárias. Pretende-se que conheçam e adoptem novos estilos de vida depois deste plano.

2.6.2. Doentes com Tuberculose

A tuberculose é uma das doenças infecto-contagiosas que mais tem vindo a infectar cidadãos na região do Vale do Sousa Sul, transformando-se numa das maiores preocupações do ACES. Os doentes infectados e quem está ao seu redor devem ter a consciência de que a doença tem cura. Por isso a terapêutica a adoptar deve ser cumprida, senão a doença pode levar à morte, por isso seguir o tratamento durante seis

meses com rigor e seguir todos os cuidados de higiene, também para evitar o contágio²⁰, é fundamental.

A percentagem de infectados tem vindo a aumentar, por isso, acredita-se que a estratégia de educação e promoção sobre esta efemeridade não tem sido eficaz. Assim, torna-se importante criar um plano capaz de motivar os doentes e os cidadãos à volta para cumprirem os tratamentos médicos até ao final e terem os devidos cuidados para não contagiarem quem está à volta.

2.6.3. Profissionais de Saúde

Em conversas informais tidas com alguns coordenadores de saúde do ACES e com o Presidente Clínico da instituição chegou-se à conclusão de que os profissionais de saúde não usam as ferramentas de comunicação internas tanto quanto se desejaria. Por falta de motivação, por dificuldade em adaptarem-se às novas tecnologias de informação e técnicas de comunicar ou resistência à mudança.

No ACES do Vale do Sousa Sul são vários os profissionais de saúde de diferentes idades, formações (enfermeiros, médicos de clínica geral e familiar, médicos de saúde pública, nutricionistas, radiologistas e entre outros), contando com profissionais de outras formações. É natural que a comunicação entre todos seja difícil. Mas é importante que, apesar de difícil, estejam motivados e informados sobre a importância da comunicação no interior e exterior das instituições.

2.7. Classificação do Estado dos Públicos-Alvo Face ao Assunto

Ao desenvolver uma estratégia de comunicação para a saúde, é necessária a caracterização e classificação dos públicos-alvo relativamente ao seu estado face ao assunto. Uma vez que as limitações temporais e espaciais não nos permitem perceber a percepção do público-alvo (jovens, utentes infectados com tuberculose e outros

²⁰ A transmissão do micróbio da tuberculose processa-se pelo ar, através da respiração, que o faz penetrar no organismo. Quando um doente com tuberculose pulmonar tosse, fala ou espirra, espalha no ar pequenas gotas que contêm o bacilo de Koch. Uma pessoa saudável que respire o ar de determinado ambiente onde permaneceu um tuberculoso pode infectar-se.

Note-se que um espirro de um doente com tuberculose projecta no ar cerca de dois milhões de bacilos. Através da tosse, cerca de 3,5 mil partículas são igualmente projectadas para a atmosfera.

passíveis de contrair a doença e os profissionais de saúde do ACES em estudo) sobre o assunto, parte-se do princípio que todos têm a consciência de que os problemas, definidos acima, existem. Uma vez que este plano estratégico compreende faixas temporais de 1 e 3 anos, ambiciona-se que no final de três anos os diferentes públicos estejam informados e reconheçam que é importante a adopção de novos estilos, hábitos e comportamentos para melhor qualidade de vida e cooperação no trabalho, no que diz respeito aos profissionais do ACES do vale do Sousa Sul (pretende-se, no fundo, “empoderar” os grupos referidos). Uma vez que esta ambição só é passível de ser alcançada a longo prazo, espera-se que este plano estratégico tenha continuidade após os três anos, para que, então, seja possível a redefinição da estratégia com o objectivo de se atingir as mudanças de comportamentos (*practicing*)²¹ tão esperados e, que por sua vez, os públicos em estudo possam ser capazes de advogar em favor das três temáticas em exploração (Cf: O’Sullivan, G.A., Yonkler, J.A., Morgan, W., and Merritt, A.P, 2003, p. 8).

2.8. Parceiros

Entende-se por parceiros todas as organizações públicas, privadas ou de cariz social que vão contribuir para que este plano de Relações Públicas possa ser posto em prática com sucesso.

Assim, definem-se à partida os principais parceiros: cafés/bares e discotecas dos três concelhos do Vale do Sousa Sul, procurados pelos jovens e adultos para lazer e/ou diversão, as Câmaras Municipais dos três concelhos que, muitas vezes, apoiam as instituições e a quem cabe zelar pelo território e que organizam as festas da cidade onde se juntam milhares de jovens.

A este conjunto de parceiros também se juntam as Juntas de Freguesia dos três concelhos, uma vez que organizam várias oportunidades culturais para a população conviver, tal como as associações culturais e/ou recreativas e desportivas dos concelhos, portal regional (www.valedosousa.pt), que reúne e divulga importantes informações sobre a região, as suas tradições, efemeridades e organizações e Futebol Clube de Penafiel, que tem muito peso na região.

²¹ Practices the desired behaviors. (O’Sullivan, G.A., Yonkler, J.A., Morgan, W., and Merritt, A.P, 2003, p. 8).

Tabela 4 – Parceiros

Cafés/bares	Os três concelhos têm muitos cafés e bares que oferecem momentos de diversão e lazer. A maioria deles é frequentada pelos jovens e pelos desempregados da região como forma de ocupar o seu tempo.
Câmara Municipal de Castelo de Paiva	<p>“A acção municipal está orientada para o interesse, a vontade e para o esforço de fazer mais e melhor em benefício da população paivense”. Assim, a Câmara Municipal intervém em diversas áreas, como na construção de infra-estruturas, prestação de serviços públicos, na melhoria das condições escolares ou de alojamento dos idosos, no apoio incondicional aos agricultores ou na colaboração diária com as colectividades locais. A acção municipal procura atingir resultados satisfatórios ao nível do Desenvolvimento Económico e no âmbito do Progresso Social, sempre na perspectiva de um quadro de referência que nos possa potenciar como uma terra onde dê gosto viver.</p> <p>Com o objectivo de enriquecer e incrementar o desenvolvimento cultural e intelectual de toda a população, a autarquia paivense avançou com a criação de uma Biblioteca Municipal, o local apropriado para a consulta de livros e de meios audiovisuais. A autarquia tem, também, em funcionamento uma Biblioteca Itinerante, que funciona em colaboração com a Fundação Calouste Gulbenkian.</p>
Câmara Municipal de Paredes	Consciente do seu papel na dinamização cultural do concelho, a Câmara Municipal de Paredes tem vindo a privilegiar uma intervenção no domínio cultural, marcada por acções estruturantes. Não deixa de fora a sua intervenção no desporto educação e entre outras. Oferece aos seus munícipes uma Casa da Cultura que promove uma oferta cultural contemporânea, diversificada e valorizadora do panorama artístico nacional, internacional e local, capaz de promover a cidadania, a

	<p>participação e a qualidade de vida dos seus públicos; e a Biblioteca Museu Municipal, criada em 1866,</p>
<p>Câmara Municipal de Penafiel</p>	<p>A acção municipal pela disponibilidade e interesse constante na inovação do concelho e na melhoria das condições de vida dos seus habitantes. A autarquia intervém em diversas áreas, como a educação, cultura, ambiente, desporto e entre outros.</p> <p>Detém ainda a Biblioteca Municipal: foi inaugurada em 1917, tem como objectivo principal possibilitar a toda a comunidade o acesso à informação, independentemente do seu suporte, disponibiliza vários serviços, para além da leitura de presença.</p> <p>Fazem, também, parte da Câmara Municipal de Penafiel, o Museu e o arquivo Municipal</p>
<p>Futebol Clube de Penafiel</p>	<p>Já há muitas décadas que Penafiel tem um clube de futebol, foi a 17 de Abril 1923, por mão do José Nogueira Soares que nasceu o Sport Clube de Penafiel. Foi o primeiro clube a inscrever-se na Associação de Futebol do Porto na época de 1930/1931. Nesta época passou a ser União Desportiva Penafidelense, pois duas equipas amadoras do concelho, que praticavam bons futebol, uniram-se ao clube. Em 1945 passa a chamar-se Clube Desportivo de Penafiel de acordo com a carta enviada pelo Ministério da Educação Nacional ao Presidente da União Desportiva Penafidelense. É, finalmente, a 8 de Fevereiro de 1951 que foram criados os primeiros estatutos do clube, referindo-se a ele como “Futebol Clube de Penafiel (Sociedade Desportiva). Foi constituída por uma Comissão Organizadora composta por Joaquim José de Oliveira, José da Rocha Nunes e Manuel da Silva Almeida. A partir daí o Futebol Clube de Penafiel passou por vários campeonatos: Campeonato Distrital da III Divisão, da II e da I. Em 1983-1986 esteve na I Divisão Nacional, em 1992-2004 na II Divisão de Honra e na época de 2004-2005 atingiu o auge ao chegar a Superliga. No entanto, só conseguiu manter-se durante essa época, pois na época seguinte(2005-2006)</p>

	<p>voltou à segunda liga, actual liga Vitalis.</p> <p>O clube está responsável também por formar atletas de vários escalões. O clube dispõe de três modalidades: Futebol sénior profissional, futebol juvenil, futebol de veteranos, Atletismo, Campismo e Pesca.</p>
<p>Portal Vale do Sousa Um Espaço Regional</p>	<p>Este Portal é dedicado unicamente aos concelhos do Vale do Sousa: Castelo de Paiva, Felgueiras, Lousada, Paços de Ferreira, Paredes e Penafiel, reúne informações sobre a História dos concelhos, dados demográficos, geografia, turismo, cultura, entidades da região, directório de contactos, imprensa regional e local, políticas regionais, notícias e entre outras informações úteis. O Portal tem ainda um Fórum onde podem ser discutidos vários temas relacionados com o Ambiente, Sociedade do Conhecimento, Turismo e Cultura, Emprego, Educação e Formação. Tem também uma <i>Newsletter</i>, que também aborda muitas das questões que o Portal aborda.</p>
<p>Festas da Cidade de Penafiel, Corpo de Deus Câmara Municipal de Penafiel – organização)</p>	<p>As festas do Corpo de Deus realizam-se desde 1770, ano da elevação de Penafiel a cidade. O momento alto é da festa é a procissão do Corpo de Deus (<i>Corpus Christi</i>), registada desde 1540, traz muitas pessoas à rua. Passaram a fazer parte do programa das Festas do Corpo de Deus a Cavallhada²², no século XVIII, e o Cortejo do Carneirinho²³ desde 1880 e vários bailes populares, que se declinaram nos séculos XIX e XX noutros pontos do país.</p> <p>Fazem também parte das festas rumarias e programas musicais. São muitos os populares da região do Vale do Sousa que assistem às festividades e usufruem dos divertimentos que esta dispõe.</p>

²² À noite, sai do Largo do Conde de Torres Novas, a Cavallhada, em carro próprio puxado por uma parelha de cavalos. Traz a Figura da Cidade, o delegado do povo, que irá apresentar cumprimentos à Câmara Municipal. Em frente ao edifício, esta figura alegórica, sem descer do carro, pede silêncio para poder saudar os autarcas que se encontram na varanda principal. Através de versos, a figura da cidade presta homenagem a quem “defende os interesses do povo” e terminada a recitação desce do carro e vai entregar ao presidente da Câmara Municipal, o documento onde estão escritos os versos.

²³ Várias centenas de crianças, do 1.º ciclo do ensino básico e pré-escolar das escolas do concelho, percorrem as principais ruas da cidade com um carneiro (vestido, pintado, a pé ou em carroça) que será oferecido ao professor depois do cortejo.

Feira de S. Martinho	É uma das maiores e mais espantosas feiras comerciais anuais, acontece de 10 a 20 de Novembro, do Distrito do Porto. A tradição e o vinho novo, a oferta gastronómica, artesanal, têxtil, castanhas assadas, artesanato, os bailes, os jogos tradicionais, musical ou cultural e entre outras actividades são os grandes destaques da feira, que trazem milhares de pessoas a Penafiel.
Festas da cidade e do Concelho de Paredes, em honra do Divino Salvador – Câmara Municipal de Paredes – Organização	As festividades em honra do Divino Salvador contam com um vasto programa religioso e cultural que atrai milhares de visitantes da região de fora dela à cidade de Paredes.
Festas do concelho de Castelo de Paiva	Festas do Concelho

2.9. Meios de Comunicação Social

No sentido de reforçar o trabalho junto dos públicos-alvo deste projecto, bem como no sentido de promover a manutenção do tema na agenda pública, considera-se importante definir os Meios de Comunicação Social como um *stakeholder* com características próprias que exigem um tratamento diferenciado.

Os órgãos de comunicação, neste caso, da região do Vale do Sousa e alguns nacionais desempenham também um papel importante nesta Estratégia, uma vez que serão uma das ferramentas de divulgação da informação pretendida. Vão ser eles a reforçar essa informação e para o manter no agendamento mediático da região os programas e as suas actividades.

Neste sentido, consideram-se realmente importantes, para a realização deste plano de Relações Públicas, os órgãos de comunicação regionais e locais (jornais impressos, rádio e televisões regionais)²⁴.

²⁴ O verdadeiro Olhar (semanal), Fórum do Vale do Sousa (semanal), Vale do Sousa Tv, Imediato (quinzenal), Notícias de Penafiel (semanal), Terras do Vale do Sousa (semanal), Novas do Vale do Sousa (semanal), O Progresso de Paredes (quinzenal), Jornal de Paiva (quinzenal), 1º de Janeiro (diário).

2.10. Objectivos de Comunicação por Público-Alvo

No seguimento dos objectivos gerais do ACES definem-se os seguintes objectivos de comunicação para os públicos-alvo finais de acordo com os dois grandes eixos estratégicos definidos:

A) Promoção da Saúde:

- Conseguir que, pelo menos 50 %, dos jovens da região tomem consciência do problema que o alcoolismo representa nas suas idades.
- Conseguir que os cidadãos residentes nas freguesias de Eja, Boelho e Rio de Moinhos compreendam a importância da prevenção da tuberculose.

No final dos três anos espera-se, com as alterações introduzidas nesta estratégia, vir a ter já alguns ganhos passíveis de quantificação ao nível da alteração de comportamentos.

Estas questões poderão vir a ser avaliadas a longo prazo na redução do número de acidentes envolvendo jovens e na redução do número de infectados com tuberculose.

B) Comunicar para Cooperar:

Até ao final do primeiro ano de implementação desta estratégia, desenvolver a apetência pelo uso de suporte de comunicação por parte de 50 % do pessoal de saúde, dos médicos e outro pessoal de saúde do ACES.

2.11. Planificação da Estratégia de Relações Públicas

A presente Estratégia de Relações Públicas para o ACES do Vale do Sousa Sul está estruturada em torno dos dois grandes Eixos Estratégicos já definidos: Promoção da Saúde e Motivação para o uso das ferramentas de comunicação que permitem maior e melhor cooperação entre os profissionais que, por sua vez, dão origem a seis programas de acção:

- Programa “Joga por uma Vida Segura”;
- Programa “Festa até Casa”;

- Programa “Dê um Chuto na Tuberculose”;
- Programa Concurso “A Arte de Cuidar”;
- Programa “Criação de suportes de comunicação”.

Tabela 5 - Quadro Resumo da Planificação da Estratégia de Relações Públicas

Eixo Estratégico	Programa Estratégico	Táticas/Ações
Eixo Estratégico “Promoção da Saúde”	“Joga por uma Vida Segura”	Jogo que promove estilos de vida moderados e saudáveis
		Jogo que promove estilos de vida moderados e saudáveis: Relação com os Meios de Comunicação Social
	“Festa até Casa” (Estilos de Vida Saudáveis nas Festas dos 3 Concelhos)	Promoção dos Estilos de Vida Saudáveis juntos dos locais de diversão e restauração
		Promoção de Estilos de Vida Saudáveis: Relação com a Organização das Festas, com proprietários dos locais de diversão e restauração, com os jovens e os órgãos de comunicação social.
	“Dê um Chuto na Tuberculose”	Jogo de Futebol
		Jogo de Futebol: Relação com ex-infectados pela tuberculose, familiares de diferentes idades, jogadores do Futebol Clube de Penafiel, direcção do clube e

		com os Meios de Comunicação Social.
Eixo Estratégico “Comunicar para Cooperar”	“A Arte de Cuidar”	Concurso de obras artísticas sobre a Tuberculose
		Concurso de obras artísticas sobre a Tuberculose: relação com as escolas que têm turmas de 2º e 3º ciclos, com respectivos professores e direcções dos concelhos do Vale do Sousa Sul, Bibliotecas Municipais e locais de diversão, como cafés/bares, discotecas, cafés, restaurante e entre outros. Os Órgãos de Comunicação Social também desempenham um papel importante ao noticiarem e informarem para o interesse do concurso.
	“Criação de Ferramentas de Comunicação”	Criação de uma <i>Newsletter</i> com informação mensal importante para os profissionais.
		<i>Website</i> do ACES do Vale do Sousa Sul (em construção)
		Redes Sociais (<i>Facebook</i>) usadas apenas pelos profissionais da Organização

2.11.1. Eixo Estratégico “Promoção da Saúde”

2.11.1.1 Programa “Joga por uma Vida Segura”

Tabela 6 – Jogo que Promove Estilos de Vida Saudáveis

“Joga por uma Vida Segura”	
Públicos-Alvo	Jovens entre os 18 e os 30 anos
Parceiros	Câmaras Municipais; Juntas de Freguesia dos três concelhos; Bares e discotecas dos três concelhos.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">• Alertar esta franja da população para as consequências dos hábitos e estilos de vida considerados pouco saudáveis;• Alertar para as percentagens de jovens envolvidos em acidentes de viação;• Despertar para a importância da adopção de estilos e modos de vida saudáveis;• Conseguir que o público-alvo reconheça que a adopção de estilos de vida saudáveis é fundamental para o seu bem-estar.
Descrição	Neste programa propõe-se a realização de jogos <i>geocaching</i> entre os jovens dos concelhos de Castelo de Paiva, Paredes e Penafiel. Cada mensagem deixada dentro de caixa escondida nos concelhos fará alusão às consequências de estilos e modos de vida pouco saudáveis, aos benefícios da adopção de estilos e modos de vida saudáveis, e estatísticas de acidentes, e mortes que envolvem jovens, provocadas pelos estilos e modos de vida exagerados e entre outros que se considere relevantes. Ao final de um ano, o jovem com mais assinaturas em cada registo da caixa é elevado a embaixador da vida saudável, podendo frequentar bares e discotecas de forma gratuita e incentivando os jovens que frequentam os mesmos locais a não cometerem excessos que podem conduzir a uma fatalidade.
	<ul style="list-style-type: none">• Divulgação nos órgãos de comunicação nacionais, regionais e locais;

Divulgação	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação no Portal do Vale do Sousa Sul; • Criação de uma página no <i>Facebook</i> sobre o jogo; • Criação de evento também no <i>Facebook</i>; • Colocação de cartazes sobre o jogo em locais estratégicos (cafés/bares, restaurantes, discotecas, Juntas de Freguesia, Associações Culturais e/ou Recreativas e Desportivas).
Avaliação	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização do Jogo; <p><i>Outtakes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de participações online <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de jovens que assimilaram e reconhecem as consequências dos hábitos e estilos de vida em exagero; • Número de jovens que reconheça que a adopção de estilos de vida saudáveis é fundamental para o seu bem-estar e estão dispostos a adoptá-los.

Tabela 7 - Programa “Joga por uma Vida Segura”

“Joga por uma Vida Segura: Relação com os Órgão de Comunicação Social	
Público-alvo (mediador)	Órgãos de Comunicação Social Locais, Regionais e Nacionais
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social do jogo e dos seus objectivos; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social Locais e Regionais sobre os riscos da vida com excessos e para os benefícios da mudança de hábitos; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social sobre o balanço do jogo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social Locais,

<p>Relação com os Órgãos de Comunicação Social</p>	<p>Regionais e Nacionais com antecedência de um mês com informações sobre o jogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o que é o jogo; - em que consiste; - objectivos do jogo na região; - formas de participar; - vantagens em jogar. <ul style="list-style-type: none"> • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social Locais, Regionais e Nacionais com a antecedência de uma semana do evento, com informações sobre o local e formas de participar no jogo, bem como todos os detalhes que dizem respeito ao jogo, juntamente com informações e dados sobre acidentes e mortes causadas pelos excessos, formas de prevenção e factores de risco. • Envio de Comunicado a dar conta do arranque do jogo e o primeiro balanço; • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social Locais, Regionais e Nacionais com balanço final do jogo.
<p>Avaliação</p>	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Comunicados enviados à imprensa; <p><i>Outtakes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias, entrevistas e/ou reportagens publicadas. <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias, entrevistas e/ou reportagens que reflectem os comunicados enviados; • Número de notícias que reflectem a informação sobre a efemeridade em causa; • Número de entrevistas e/ou reportagens solicitadas ao ACES do Vale do Sousa Sul.

Tabela 8 - Programa “Festa ate Casa”

Estilos de Vida Saudáveis em Festas	
Públicos-alvo	Jovens entre os 18 e os 30 anos
Parceiros	Câmaras Municipais (organização das festas de cada cidade); Proprietários que oferecem meios de diversão e restauração nas festas.
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">• Alertar esta franja da população para as consequências dos hábitos e estilos de vida exagerados;• Despertar para a importância da adopção de estilos e modos de vida saudáveis;• Conseguir que o público-alvo reconheça que a adopção de estilos de vida saudáveis é fundamental para o seu bem-estar.
Descrição	Com este programa pretende-se promover os estilos e hábitos de vida saudáveis nas festas das cidades do Vale do Sousa Sul onde se encontram e divertem muitos dos jovens e onde são cometidos vários excessos. Mas com este programa não se pretende alertar para os perigos dos excessos cometidos apenas nesta altura, mas que os informe e motive à adopção de estilos de vida saudáveis a longo prazo. Assim, propõe-se a apresentação de vídeos dissuasores no que diz respeito ao consumo excessivo de álcool e outras substâncias nos locais de diversão e nos locais de restauração frequentados pelos jovens. Pretende-se que estes vídeos sejam passados antes dos concertos, que estas festas costumam oferecer nos seus cartazes culturais, nos espaços de diversão e onde se vende álcool, por exemplo.
Divulgação	<ul style="list-style-type: none">• Divulgação no <i>Website</i> das Câmaras Municipais dos concelhos do Vale do Sousa Sul;• Divulgação no Portal do Vale do Sousa Sul;• Criação de evento na página do <i>Facebook</i>;

	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação nos Órgãos de Comunicação Social; • Divulgação no Programa das Festas.
Avaliação	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de vídeos espalhados pelos palcos dos concertos, pelos locais de diversão e restauração. <p><i>Outtakes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de jovens que visualizam os vídeos <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de jovens que aumentaram os seus conhecimentos sobre as consequências de estilos e hábitos de vida pouco saudáveis; • Número de jovens que assimilaram e reconhecem as consequências dos hábitos e estilos de vida em exagero; • Número de jovens que reconheça que a adopção de estilos de vida saudáveis é fundamental para o seu bem-estar e estão dispostos a adoptá-los.

Tabela 9 – “Festa até Casa”

Festa Até Casa – Relação com os Órgãos de Comunicação Social	
Público-alvo (mediador)	Órgãos de Comunicação Social
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social da iniciativa; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social sobre os riscos da vida com excessos e para os benefícios da mudança de hábitos, fazendo alusão ao número de acidentes provocados pelos excessos cometidos pelos mais jovens;
Relação com	<ul style="list-style-type: none"> • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social com antecedência de um mês com informações sobre este acto; • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social com a

Órgãos de Comunicação social	antecedência de uma semana do evento, com informações sobre os locais, bem como todos os detalhes que dizem respeito ao acto, juntamente com informações e dados sobre acidentes e mortes causadas pelos excessos, formas de prevenção e factores de risco.
Avaliação	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias publicadas sobre o acto <p><i>Outtakes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias publicadas <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias que reflectem os comunicados enviados • Número de entrevistas e/ou reportagens solicitadas aos ACES do Vale do Sousa Sul e aos seus parceiros neste programa.

Tabela 10 – Programa “Dê um Chuto na Tuberculose”

Jogo de Futebol	
Públicos-alvo	Doentes que já contraíram Tuberculose e familiares Cidadãos Passíveis de Contrair Tuberculose
Parceiros	Futebol Clube de Penafiel Câmaras Municipais dos três concelhos Juntas de Freguesia dos três concelhos
Objectivos	<p>Despertar para o perigo da doença, se surge e não é tratada e deixada à sua evolução natural leva o utente à morte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertar para as causas da doença; - Alertar para os seis sintomas mais evidentes da doença; - Alertar para as formas de transmissão do micróbio da tuberculose; - Alertar para o perigo de contágio das pessoas que contactam com um

	<p>doente infectado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertar para os factores que facilitam o contágio; - Alertar para os cuidados de higiene a ter; - Alertar para a facilidade e eficácia do tratamento; - Alertar para as várias formas de prevenção.
Descrição	<p>Neste programa pretende-se juntar cidadãos que já tiveram Tuberculose, familiares, outros cidadãos passíveis de serem infectados, incluindo as crianças, e os jogadores de Futebol Clube de Penafiel unidas pela prevenção desta doença em crescimento na região do Vale do Sousa Sul. Trata-se de organizar um campeonato muito semelhante ao português em que as equipas podem ser formadas tanto por jogadores do Futebol do Clube de Penafiel, como por jogadores de equipas amadoras dos três concelhos a quem se juntam crianças e adultos. As equipas irão enfrentar-se em várias freguesias dos três concelhos. Pretende-se mostrar que a doença tem cura e o convívio alegre e divertido com outras pessoas só é possível se não estiverem infectados. As camisolas não terão os nomes de cada jogador, mas os estampados dos trabalhos realizados pelas crianças do 2º e 3º ciclos sobre a doença. Os nomes das equipas serão relacionados com os temas relacionados com a Tuberculose: Factores de Risco, Consequências e entre outros.</p> <p>No final deste campeonato, a equipa vencedora enfrentará a equipa sénior do Futebol Clube de Penafiel, no estádio 25 de Abril.</p>
Divulgação	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação nos <i>Websites</i> e das Câmaras Municipais dos três concelhos do Vale do Sousa Sul; • Criação de evento na página do <i>Facebook</i> do Futebol clube de Penafiel; • Divulgação através de anúncios publicados nos Órgãos de Comunicação Social; • Anúncios nas Juntas de Freguesia, cafés/bares, restaurantes e nas Igrejas dos três concelhos.

Avaliação	<i>Outputs:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de pessoas inscritas;
	<i>Outtakes:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de participantes em cada jogo;
	<i>Outcomes:</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de pessoas envolvidas com a campanha.

Tabela 11 – “Dê um Chuto na Tuberculose”

“Dê um Chuto na Tuberculose”: Relação com os Órgãos de Comunicação Social	
Público-alvo (mediador)	Órgãos de Comunicação Social
Objectivos Gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social Nacionais, Regionais e Locais do campeonato e os seus fins; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social da enfermidade que tem vindo a aumentar no Vale do Sousa Sul e as razões desse aumento, com referência às causas, consequências e formas de prevenir; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social de cada jogo; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social do jogo entre os vencedores do campeonato e a equipa sénior do Futebol Clube de Penafiel.
Relação com os Órgãos de Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social com informações sobre este campeonato e outras informações sobre a doença Tuberculose e esta na região; • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social com as informações sobre as equipas e a sua composição e os locais onde vão acontecer os jogos; • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social uma semana

<p>Social</p>	<p>antes de cada jogo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conferência de Imprensa no final de cada jogo; • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social no final do campeonato; • Envio de Comunicado aos Órgãos de Comunicação Social uma semana antes do jogo entre a equipa vencedora do campeonato e a equipa sénior do Futebol Clube de Penafiel.
<p>Avaliação</p>	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Comunicados enviados aos Órgãos de Comunicação Social. <p><i>Outtakes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Notícias publicadas <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias que reflectem os comunicados enviados; • Número de notícias sobre o evento e os objectivos dele; • Número de notícias sobre a doença e sobre ela na região; • Número de entrevistas e/ou reportagens solicitadas ao ACES e aos seus parceiros neste evento.

Tabela 12 – Programa “A Arte de Cuidar”

Crianças demonstram o que sabem sobre a tuberculose em obras artísticas	
Públicos-alvo	<p>Infectados com tuberculose e familiares</p> <p>Cidadãos Passíveis de contrair a doença</p> <p>População em Geral</p> <p>Estudantes das Escolas dos Concelhos</p>
Parceiros	<p>Escolas E. B 2 e 3 e Escolas Secundárias dos três concelhos</p> <p>Câmaras Municipais dos três concelhos</p> <p>Bibliotecas Municipais dos três concelhos</p> <p>Cafés/bares e restaurantes dos três concelhos</p>
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de acções de formação sobre a Tuberculose a alunos dos segundo e terceiro ciclos; • Despertar para o perigo da doença, se surge e não é tratada e deixada à sua evolução natural leva o utente à morte: <ul style="list-style-type: none"> - Alertar para as causas da doença; - Alertar para os seis sintomas mais evidentes da doença; - Alertar para as formas de transmissão do bacilo da tuberculose; - Alertar para o perigo de contágio das pessoas que contactam com um doente infectado; - Alertar para os factores que facilitam o contágio; - Alertar para os cuidados de higiene a ter; - Alertar para a facilidade e eficácia do tratamento; - Alertar para as várias formas de prevenção.
	<p>Com este programa pretende-se desenvolver três acções, preferencialmente nas unidades curriculares de Formação Cívica onde se prevê desenvolver três sessões de formação sobre a Tuberculose e a sua gravidade, a sua presença na região do Vale do Sousa Sul, as causas e formas de contrair a</p>

<p>Descrição</p>	<p>doença, as consequências e as formas de a combater.</p> <p>Depois desta formação será lançado um desafio aos professores e crianças que consiste em elaborar trabalhos artísticos, realizados em Educação Visual, de acordo com o que aprenderam na formação: desenhos, esculturas, pinturas. No fundo passarem para objectos artísticos as conclusões que tiraram das três acções de formação.</p> <p>Serão seleccionados os cinco melhores trabalhos, por escola, para serem expostos nas bibliotecas Municipais de cada concelho no dia 24 de Março, dia Mundial da Tuberculose. Neste dia, a inauguração da exposição começará com uma sessão de abertura intitulada “A Tuberculose, uma Realidade no Vale do Sousa Sul”, com a participação da Dr.ª Fátima Marques, Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do ACES do Vale do Sousa Sul, Dr.ª Fátima Gonçalves, Directora Executiva do mesmo agrupamento e Dr.ª Maria do Céu Pova, Pneumologista do Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE).</p> <p>Esta exposição estará patente nas bibliotecas durante dois meses. Depois disso os trabalhos serão distribuídos e expostos em locais estratégicos: cafés/bares, restaurantes, Juntas de Freguesia, Associações Culturais/Recreativas e Desportivas. Os desenhos escolhidos serão, ainda, estampados nas camisolas dos jogadores que vão participar no campeonato “Habilitado/Convocado para Jogar”.</p>
<p>Divulgação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação nos <i>Websites</i> das escolas e Câmaras Municipais; • Divulgação no Portal Vale do Sousa Sul; • Criação de evento na página de <i>Facebook</i> do ACES; • Divulgação nos Órgãos de Comunicação Social.
	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de escolas e turmas que participam no concurso; <p><i>Outtakes:</i></p>

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Total de participantes <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de pessoas que aumentaram os seus conhecimentos sobre temática.
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 13 – Programa “Arte de Cuidar”

Crianças demonstram o que sabem sobre a tuberculose em trabalhos artísticos: Relação com os Órgãos de Comunicação Social	
Público-alvo (mediador)	Órgãos de Comunicação Social
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social Regionais e Locais; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social da enfermidade que tem vindo a aumentar no Vale do Sousa Sul e as razões desse aumento, com referência às causas, consequências e formas de prevenir; • Cobertura por parte dos Órgãos de Comunicação Social da sessão inaugural da exposição dos trabalhos realizadas pelos alunos nas Bibliotecas Municipais dos três concelhos, recolhendo testemunhos dos alunos sobre esta acção, o que aprenderam e os resultados dos trabalhos;
Relações com os Meios de Comunicação Social	<ul style="list-style-type: none"> • Enviar comunicado aos Órgãos de Comunicação Social Regionais e Locais sobre o concurso; • Enviar comunicado aos Órgãos de Comunicação Social sobre a doença na Região do Vale do Sousa Sul; • Enviar comunicado com informações sobre a adesão das Escolas a este concurso; • Enviar comunicado sobre os trabalhos escolhidos e sua exposição nas

	<p>Bibliotecas Municipais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enviar comunicado sobre o futuro desses trabalhos.
Avaliação	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Comunicados enviados aos Órgãos de Comunicação Social <p><i>Outtakes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias publicadas sobre o concurso <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de notícias que reflectem os comunicados enviados; • Número de entrevistas e/ou reportagens ao ACES e às escolas parceiras.

2.11.1.2. Eixo Estratégico “Comunicar para Cooperar”

Tabela 14 – Programa Criação Newsletter

<i>Newsletter ACES Vale do Sousa Sul</i>	
Públicos-alvo	Profissionais de Saúde do ACES do Vale do Sousa Sul Profissionais de outras áreas do ACES do Vale do Sousa Sul
Parceiros	Câmaras Municipais dos três concelhos (pôr estes no geral, enumerar os parceiros possíveis e retirar o que tenho aqui)
Objectivos	<p>Manter a comunidade interna do ACES informada sobre o agrupamento e as questões relacionadas com saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notícias relacionadas com a saúde na região do Vale do Sousa Sul; - Apresentar indicadores sobre a saúde na região do Vale do Sousa Sul; - Outros indicadores e doenças a nível nacional e internacional; - Normativas propostas pela ARS Norte, Direcção Geral de Saúde e Ministério da Saúde;
Descrição	<p>O ACES do Vale do Sousa Sul tem à sua disposição três ferramentas de comunicação: e-mail, telefone e fax. Ambiciona ter <i>online</i> um <i>Website</i> que possa conter informações importantes dedicadas aos pacientes do agrupamento e aos profissionais do ACES (com acesso restrito para estes) lado apesar de já estar pronto, este ACES ainda não tem permissão, por parte da Administração Regional de Saúde do Norte, para o colocar <i>online</i>. Principalmente os profissionais de saúde do ACES do Vale do Sousa Sul demonstram alguma resistência no que diz respeito ao uso das novas tecnologias de informação, a criação de uma <i>Newsletter</i> que possa conjugar todas as informações importantes que o ACES do Vale do Sousa Sul pretende passar aos seus profissionais é importante. Assim, torna-se numa ferramenta de Comunicação fundamental, uma vez que leva toda a informação útil aos profissionais sem terem de aceder ao <i>e-mail</i> ou qualquer sítio na Internet na busca de algumas informações. No entanto, alerta-se</p>

	para o facto de esta ferramenta não conter todas as informações necessárias para a execução do trabalho dos profissionais em questão. Editorial dos representantes de cada órgão do ACES e das suas Unidades Funcionais.
Avaliação	<p><i>Outputs:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de <i>newsletters</i> entregues <p><i>Outtakes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de profissionais que leram as <i>newsletters</i> <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde informados sobre factos importantes para eles e para a região em termos da saúde.

Tabela 15 – Programa Página do ACES do Vale do Sousa Sul no Facebook

Redes Sociais Online	
Públicos-alvo	<p>Profissionais do ACES do Vale do Sousa Sul</p> <p>Utentes do ACES do Vale do Sousa Sul</p>
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Publicar informações úteis, para os profissionais, sobre diversos assuntos: <ul style="list-style-type: none"> - Horários para marcação de consultas; - Faltas de médicos; - Indicadores de saúde nacionais, regionais e até internacionais • Manter os profissionais de saúde actualizados sobre temáticas do seu interesse.
	O ACES do Vale do Sousa Sul tem à sua disposição 3 ferramentas de comunicação: e-mail, telefone, fax. Ambiciona-se ter <i>online</i> um <i>Website</i> que possa conter informação interna e externa, que apesar de estar pronto, o

<p>Descrição</p>	<p>ACES ainda não tem permissão para o colocar <i>online</i>.</p> <p>A criação de uma página no <i>Facebook</i> também pretende aproximar os profissionais do ACES do Vale do Sousa Sul e levá-los a adquirir e a partilhar novas informações importantes para o exercício da profissão.</p> <p>Propõe-se, então, que esta página seja dinamizada com informações diárias úteis para todos os profissionais.</p>
<p>Avaliação</p>	<p><i>Outputs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conteúdos introduzidos na página do <i>Facebook</i> do ACES do Vale do Sousa Sul <p><i>Outtakes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de visitas, por parte, dos profissionais à página do <i>Facebook</i> • Número de comentários aos conteúdos publicados por parte dos profissionais <p><i>Outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde informados sobre factos importantes para eles e para a região em termos da saúde e partilhas de informações.

2.12. Custo Estimado da Estratégia de Comunicação

O ACES do Vale do Sousa Sul não tem um orçamento dedicado às actividades de comunicação, uma vez que os recursos financeiros são baixos e, por isso, as actividades de comunicação não fazem parte das actuais prioridades. Às deficiências financeiras juntam-se a falta de recursos humanos capazes de pôr em práticas as actividades propostas nesta Estratégia de Comunicação. Deste modo, o plano estratégico aqui desenvolvido será disponibilizado ao ACES de forma graciosa. Todo o plano envolve recursos e actividades de baixo custo com a possibilidade de ser implementado por voluntários com formação na área da comunicação. Esses custos serão financiados, fundamentalmente, por patrocínios e apoios das autarquias e empresas locais, estimulando, por conseguinte, a responsabilidade social dessas empresas.

Tabela 16 – Custo Estimado por Programa

Item	Quantidade	Custo Estimado	Fornecedor
Folhas A4	20	1,00€	ACES
Pequenas Caixas	60	60,00 €	Bastos Viegas
T-shirts “Convocado para Jogar”	130 (10equipas x 13 jogadores)	910,00 €	FuturSport – Comércio de Artigos de Desporto Lda
Impressão de Newsletter	6000 Newsletter x 12 edição	7.200,00 €	
Vídeos Dissuasores	10	1500,00 €	
Spot Dissuasor	8	800,00€	
Cartazes Anúncio	100	600,00€	

Custos Totais	3.878,20 €	
Custos para o ACES do Vale do Sousa Sul	1.00€ 0 €	
Custos suportados por Patrocinadores	3.877,20 €	

2.11.1. Possíveis Empresas Patrocinadoras

Uma vez que o ACES do Vale do Sousa Sul não possui recursos financeiros para desenvolver a Estratégia de Comunicação apresentada, sugiro um conjunto de empresas que poderão patrocinar os programas definidos para esta estratégia.

- Dupla Qualidade – Artes Gráficas Lda (Penafiel)
- FuturSport (Penafiel)
- **Grupo M. Caetano** - O Grupo M. Caetano ocupa uma forte posição de liderança, na região do Vale do Sousa, com empresas nas áreas da construção (Viaparedes -Sociedade Imobiliária Lda e a Morfodomus – Construção, Compra, Venda e Gestão de Imóveis, S.A); Turismo (Penafiel Park Hotel, hotel de quatro estrelas, e o Sensações SPA integrado no hotel); Eventos & Lazer (Penafiel Park Hotel e a Quinta de Cepêda).
- Gráfica de Paredes, Lda
- Gráfica Paivense, Lda (Castelo de Paiva)
- Grupo Valpi – Este grupo é composto por cinco empresas:
 - Valpibus: transporte público colectivo de passageiros na região do Vale do Sousa e área metropolitana do Porto;
 - Opção Rent A Car: aluguer de veículos sem condutor;
 - Webus: portal na Internet dedicado ao aluguer de autocarros com condutor;
 - Agência Valpi: agência de viagens;
 - Britafiel: 2xtracção, transformação e fornecimento de massas minerais graníticas – agregados e rochas ornamentais.

- In Serie - Fábrica de Vestuário Lda (Paredes):
- M. Santos & Figueiredo, Lda (Paredes).

2.13. Calendarização da Estratégia de Comunicação

Uma vez que o ACES do Vale do Sousa Sul não possui recursos financeiros, nem humanos capazes de realizar os programas propostos nesta Estratégica de Relações Públicas, é difícil prever a calendarização de cada actividade. Por isso, sugere-se que cada uma actividade vá sendo desenvolvida consoante a disponibilidade financeira e humana do ACES de acordo contudo com as interligações e a ordenação aqui proposta.

Tabela 17 – Calendarização do Projecto

Programa	Ano 1											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
“Joga por uma Vida Segura”												
“Joga por uma Vida Segura” Relação com os Media												
“Festa até Casa”												
“Dê um Chuto na Tuberculose”												
“Dê um Chuto na Tuberculose”: Relação com os Media												
“Arte de Cuidar”												
“Arte de Cuidar”: Relação com os Media												
“Criação <i>Newsletter</i> ”												
“Criação Página <i>Facebook</i> ”												

2.14. Extensão da Estratégia de Relações Públicas a três anos

A Estratégia de Relações Públicas apresentada é delineada para um ano, extensível a três anos. Esta extensão pressupõe uma monitorização, avaliação e readaptação contínuas, de modo a perceber o que falhou e, por conseguinte, colmatar essas falhas e, assim, alcançar os objectivos propostos na estratégia. Em saúde as estratégias devem ser pensadas e realizadas a longo prazo, uma vez que se pretende que a mudança de comportamentos perdure, por isso, se decidiu prolongar a estratégia a três anos.

Pretende-se que no final dos três anos, esta estratégia seja reavaliada e reformulada já com os três grupos empoderados sobre as temáticas já definidas. Perante o seu novo estado face aos assuntos, a reformulação da estratégia assentará na efectiva mudança de comportamento e que sejam capazes de advogar em prol dos assuntos já definidos.

Conclusão

Os Centros de Saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde. Assumem importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. O seu funcionamento eficaz e a capacidade de responder às enfermidades que vão surgindo, bem como o desenvolvimento de comunidades cada vez mais informadas sobre as possibilidades de manter a sua saúde.

Foram precisos muitos anos, em Portugal, para se encontrar um sistema de saúde capaz de responder às necessidades e anseios da população. Se há algumas décadas, a presença de uma unidade de saúde com um médico era fundamental em qualquer região, actualmente não se pode considerar suficiente, pois a evolução da medicina e dos modos de vida das populações mostraram que os ganhos na saúde compreendem um conjunto alargado de factores.

Perante tal evolução, as instituições de saúde, por mão do Ministério da Saúde, tiveram de adaptar-se a essa evolução de forma a responder às necessidades da população de forma eficaz. Assim, surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde, serviços públicos de saúde, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvendo actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. A comunicação nestes Agrupamentos surge como uma das formas de reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar uma equidade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde.

São vários os profissionais de saúde que consideram que a comunicação é das principais armas na promoção e prevenção da saúde. Como afirma Virgínia Pintos (2001) a articulação, ou a falta dela, entre a comunicação e a saúde pode beneficiar esta última e, num sentido mais amplo, a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e sociedades.

Posto isto, neste trabalho, estudou-se o ACES do Vale do Sousa Sul com o intuito de perceber até que ponto a comunicação é usada como forma de conseguir os ganhos na saúde.

Assim, ao longo do trabalho defendo que a ligação entre a Comunicação Institucional e a Comunicação para a Saúde é fundamental no que diz respeito à promoção e educação para a saúde, que se reflecte na melhoria da qualidade de vida de cidadãos, famílias e comunidade. É fundamental que sejam conhecidos os seus públicos, as comunidades onde estão inseridos, as suas formas de estar e viver, para que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de Relações Públicas possa atingir os resultados ambicionados, para que a escolha das mensagens e das ferramentas para as transmitir sejam eficazes.

Para além da posição defendida, neste trabalho, de que a comunicação estratégica ganhou, ao longo dos últimos anos, maior relevância nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, não só porque contribui para expressar a identidade da organização e criar um clima positivo e saudável entre os diferentes públicos e a organização, mas porque já é considerada como uma das principais armas para a prevenção das enfermidades, promoção e educação para a saúde, que se reflecte na melhoria da qualidade de vida de cidadãos, famílias e comunidades.

Apresento, então, um projecto de uma estratégia de Relações Públicas a ser implementada no Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa Sul capaz de combater algumas das enfermidades que apresentam maior preocupação por parte do Agrupamento.

O projecto aqui apresentado vai ao encontro de algumas das necessidades sublinhadas por alguns dos profissionais de saúde do Agrupamento, em conversas informais tidas com estes. No entanto, é importante destacar que esta instituição prestadora de cuidados primários de saúde apresenta várias deficiências ao nível económico e de recursos humanos. Por um lado não tem financiamento para implementar campanhas de prevenção e promoção da saúde. O grande desafio aqui proposto é a implementação do projecto recorrendo a patrocínios de empresas da região, apelando ao seu sentido de Responsabilidade Social, que têm por hábito patrocinar acções do ACES e de outras organizações. Por outro lado, a falta de recursos humanos

capazes de implementarem e avaliarem a estratégia. Por isso, sugere-se que seja implementado por mim de forma voluntária. Assim, não é de todo possível calendarizar as acções aqui propostas, uma vez que a sua execução depende da disponibilidade das empresas patrocinadores e da ou dos voluntários que irão encarregar-se da sua implementação. Não é, também, possível apresentar uma orçamentação, uma vez que o ACES não dispõe de recursos financeiros para estas acções, nem pretende obter lucros financeiros com elas. Deste modo, apresenta-se os custos das ferramentas a usar em cada programa e, por conseguinte, dos programas no geral que, espera-se que sejam cobertos pelas empresas sugeridas ao longo do projecto para patrocinar esta estratégia de Comunicação.

Depois da implementação da estratégia de comunicação sugerida, espera-se que os públicos-alvo sejam capazes de reconhecer quais os comportamentos e posições a tomar para uma vida saudável. No caso dos jovens, que sejam capazes de reconhecer que os comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis podem comprometer uma vida saudável e até as suas vidas, estando motivados para a mudança de comportamentos; no caso das pessoas infectadas com tuberculose e outras passíveis de serem infectadas, sejam capazes de reconhecer as formas de prevenir a doença, de contágio e que a doença tem cura. No caso dos profissionais de saúde, espera-se que estes se mantenham informados sobre as temáticas relacionadas com o ACES, a saúde na região, a nível internacional e até internacional. Mas, mais importante, que reconheçam que a informação é fundamental para melhor e maior cooperação entre profissionais.

De destacar que a proposta da estratégia de Relações Públicas foi apresentada ao Conselho Clínico do ACES do Vale do Sousa Sul, representado pelo seu presidente, Dr. Baptista Pereira, no dia 20 de Setembro de 2011, tendo sido considerada passível de ser implementada com o auxílio da Unidade de Saúde Pública e da Unidade de Cuidados Continuados, localizadas em Paredes, uma vez que são as unidades funcionais do Agrupamento que desenvolvem acções de promoção da saúde e prevenção junto da comunidade, devendo apostar nas parcerias com as Câmaras Municipais dos três concelhos e das Juntas de Freguesia pois, normalmente, estão motivadas para a implementação de campanhas que pretendem alcançar o bem-estar da comunidade.

No entanto, apresentou alguma resistência em relação aos programas que têm como objectivo incentivar os profissionais de saúde ao uso dos instrumentos de comunicação disponíveis no ACES. O presidente do Conselho Clínico defende que se os profissionais não estão motivados para usar as ferramentas que têm ao seu dispor, também não estarão motivados para a leitura da *Newsletter* ou a consulta do *Facebook*.

Assim, não se pretende que este projecto seja um acto isolado, ambiciona-se que possam ser implementados outros programas capazes de apoiar e agilizar o cumprimento dos objectivos a que o ACES se propôs.

Referências Bibliográficas

Monografias:

Arnaut, A. (2009) *Serviço Nacional de Saúde. 30 Anos de Resistência*. 2ª ed. Coimbra, Coimbra Edições. Pp. 12-29; 42-57; 79-147;

Bates, D. (1997) *The Nature and Role of Public Relations*. In Lesly, Philip - *Lesly's Handbook of Public Relations and Communications*. 5ª ed. Chicago, Contemporary Books. Pp. 6-14;

Bernhardt M., Jay; Cameron A., K. (2003) *Accessing, Understanding, and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy*. In Dorsey, Alicia; Thompson L. Teresa et al *Handbook of Health Communication*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.pp. 584- 595;

Carneiro, M.; Nunes, F.; Reto, L. (2001) *O Terceiro Sector em Portugal: Delimitação, Caracterização e Potencialidades*. Lisboa, Instituto António Sérgio de Sector Cooperativo. P. 21;

Correia C., A. (2002) *Confissões Políticas da Saúde. Auto de Breve Governação*. 1ª ed. Lisboa, Oficina do Livro;

Conrad, C., & Poole, M. S. (2002) *Strategic Organizational Communication: In a Global Economy* 5ª Edição. Australia: Wadsworth Publishing;

Ford, A. L.; Yep, A. G.. (2003) *Working along the Margins: Developing Community-Based Strategies for Communicating about Health with Marginalized Groups*. In Dorsey, Alicia; Thompson L. Teresa et al *Handbook of Health Communication*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Pp. 246- 248, 252;

George, F. (2004) *Histórias de Saúde Pública*. Lisboa, Livros Horizonte. Pp. 11;

- Grunig, J. (1992) “*Communications, Public Relations and Effective Organizations: An Overview of the Book*”. In Grunig, J. ed. *Excellence in Public Relations and Communication Management*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey. P.4;
- Hornik, R. C. (2002) *Public Health Communication - Evidence for Behavior Change*. New Jersey: Lawrence Erlbaum;
- O’Sullivan, G.A., Yonkler, J.A., Morgan, W., and Merritt, A.P. (2003) *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs, Baltimore;
- Hornik, Robert C. (2001) *Public Communication Campaigns*. 3ª Edição. Thousand Oaks, California: Sage Publications;
- Sakellarides, C. (2005) *De Alma a Harry. Crónica da Democratização da Saúde*. Coimbra, Almedina. Pp. 33-35; 63-72;
- Springston K., J. (2003) *Health as Profit: Public Relations in Health Communication*. In Dorsey, Alicia; Thompson L. Teresa et al *Handbook of Health Communication*. Londres Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.pp. 539;
- Steyn, B., & Gustav, P. (2000) *Corporate Communication Strategy*. Sandown, South Africa: Heinemann. Pp. 7-14;
- Street, L. R. (2003) *Communication in Medical Encounters: An Ecological Perspective*. In Dorsey, Alicia; Thompson L. Teresa et al *Handbook of Health Communication*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Pp. 66;
- Tench, R., & Yeomans, L. (2006) *Exploring Public Relations*. Harlow: FT Prentice Hall, Pearson Education. Pp.1-6; 665-667;
- Thompson, L. Teresa; Dorsey, Alicia, et al. (2003) *Handbook of Health Communication*. London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Pp. 1-2;
- Xifra, J. (2003) *Direcção de Relações Públicas*. Espanha, Harcourt Brace Jovanovich, Publishers. Pp. 57; 106-107; 395.

Artigos de Publicações Periódicas:

Pintos, V. S. (2001) *Comunicación y Salud. Inmediaciones de la Comunicación*, 3 (3) Dezembro, pp. 121-130;

Piotrow, P. T., Rimon, J.G. II, Payne Merritt, A., & Saffitz, G. (2003) *Advancing Health Communication: The PCS Experience in the Field*. Center Publication 103. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, pp. 26-44.

Actas de Congressos:

SOPCOM, 4, Aveiro, 2008, *Comunicação nas Organizações e Relações Públicas*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Pp. 515-517.

Teses e Provas Académicas:

Baseggio, L. Ana. (2008) *O Diagnostico Aplicado às Relações Públicas: uma Análise de seus Aspectos Teóricos e Empíricos*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Comunicação Social;

Nunes, Tatiana. (2011) *Terceiro Sector: Relações Públicas como Negociação e Compromisso*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Comunicação Social.

Artigos em Documentos Electrónicos:

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2009) *Perfil Local de Saúde do ACES do vale do Sousa Sul*. [Internet] Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Perfil_RN_2009.pdf [Consult. 15 de Julho de 2011];

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2009) *Natalidade, Mortalidade Infantil e Componentes: Região Norte 1996-2009*. [Internet] Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Natalidade%20Mortalidade%20Infantil%20e%20Componentes%20Regi%C3%A3o%20Norte%201996-2009.pdf>

[BAblica%20Conteudos/Natalidade_Mortalidade_Infantil_Componentes_1996_2009.pdf](#) [Consult. 15 de Julho de 2011];

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2009) *Mortalidade ACES Vale do Sousa Sul: análise por triénios 2001-2009*. [Internet] Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/mortalidadesACeS/1919_mortalidades_ACeS_ValeSousaSul_01a09.htm [Consult. 19 Agosto de 2011];

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2007) *Mobilidades Hospitalar: Análise dos Internamentos Hospitalares na região Norte, 2007*. [Internet] Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/MorbHosp_2007.htm [Consult. 19 de Agosto de 2011];

Entidade Reguladora da Saúde. (2007) *Atribuições* [Internet] Disponível em <http://www.ers.pt/quem-somos/atribuicoesem> [Consult. 9 Julho 2011];

Agrupamento de Centros de Saúde (s.d.) [Internet] Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Planeamento%20Estrat%C3%A9gico/Agrupamento%20Centros%20Sa%C3%BAde> [Consult. 8 de Maio de 2011];

Gumucio-Dagron (2003) *Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación. The Communication Initiative Network*. [Internet] Disponível em <http://www.comminit.com/en/node/150405> [Consult.15 de Julho de 2011];

Organización Mundial de La Salud (s.d) *¿Cómo define la OMS la salud?* [Internet] Disponível em <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> [Consult. 17 de Setembro de 2011];

Portal da Saúde (2005). *Tuberculose*. [Internet] Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+infecciosas/tuberculose.htm> [Consult. 15 de Agosto de 2011];

Portal da Saúde (2011). *Problemas Ligados ao Alcool*. [Internet] Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm> [Consult. 15 de Agosto de 2011];

Portal Vale do Sousa (s.d) *Indicadores Económico.s* [Internet] Disponível em <http://www.valedosousa.pt/ValeDoSousa/vPT/ValeDoSousa/Factos/> [Consult. 15 de Agosto de 2011];

<http://www.cm-castelo-paiva.pt/>;

<http://www.cm-paredes.pt/>;

<http://www.cm-penafiel.pt/>;

www.valedosousa.pt.

Documentos Legislativos:

Constituição da República Portuguesa. (2004). Artigo 64 – Saúde ;

Decreto-Lei n.º 297/2007. D.R. I Série. 161 (2007-08-22);

Decreto-Lei n.º 11/93. D.R. I Série. 12 (1993-15-01);

Decreto-Lei n.º 28/2008. D.R. I Série. 38 (2008-02-22).

Artigos não Publicados:

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2010). *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde*. Artigo não publicado. Agrupamento de Centros de Saúde do Vale do Sousa sul;

Eiró-Gomes, M. (2005) *Comunicação em Saúde*. Artigo não publicado. Médicos do Mundo. Lisboa;

Eiró-Gomes, M. (2006) *Introdução à Comunicação em Saúde*. Artigo não publicado;

Plano de Desempenho (2011). ACES Tâmega II – Vale do Sousa Sul.

PLANO DE DESEMPENHO 2011



ACES TÂMEGA II - VALE SOUSA SUL

LISTA DE QUADROS

1. Caracterização do ACES
2. População residente estimada para o ano 2008, por sexo e grupo etário
3. Caracterização do Concelho de Penafiel segundo as unidades funcionais
4. Caracterização do Concelho de Castelo de Paiva segundo as unidades funcionais
5. Caracterização do Concelho de Paredes segundo as unidades funcionais
6. Alguns índices demográficos (2008)
7. Natalidade, evolução do n.º de nados vivos no período 2000-2007
8. Esperança de vida à nascença e aos 65 anos no triénio 2005-2007
9. Rendimento médio mensal de trabalhadores por conta de outrem no ano de 2006 (em euros) e indicador *per capita* do poder de compra no ano de 2005
10. Taxa de abandono escolar nos anos de 1991 e 2001 e taxa de retenção e desistência no 3º ciclo no ano lectivo 2005/06
11. Sistemas públicos de abastecimento de água, sistemas públicos de águas residuais e de estações de tratamento de águas residuais no ano de 2006

LISTA DE FIGURAS

1. Unidades Funcionais do Concelho de Castelo de Paiva
2. Unidades Funcionais do Concelho de Paredes
3. Unidades Funcionais do Concelho de Penafiel

Lista de abreviaturas e siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais

CC - Conselho Clínico

DE – Directora Executiva

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HTA – Hipertensão Arterial

MGF – Medicina Geral e Familiar

NOC – Normas Orientação Clínica

TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UF – Unidades Funcionais

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VSS – Vale Sousa Sul

1. ENQUADRAMENTO

O ACES VSS rege-se pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro e demais normas em vigor aplicáveis às entidades integrantes do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A dimensão do ACES tem duas vantagens: estamos mais próximos dos profissionais e temos uma dimensão maior em termos de “massa crítica”.

Este novo modelo de organização permite que um maior número de utentes tenha médico de família e que possa usufruir de cuidados continuados e integrados de saúde.

Assim pretendemos:

- Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população;
- Promover a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença e a reabilitação, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade;
 - Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
 - Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
 - Melhorar a eficiência técnica e económica;
 - Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
 - Valorizar o capital humano, assegurando a formação contínua aos seus profissionais;
 - Dinamizar a articulação com outros níveis de cuidados de saúde.

2. SOBRE O ACES TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL

O ACES Vale do Sousa Sul possui uma grande área geográfica, sendo formado pelos concelhos de Castelo de Paiva, Paredes e Penafiel e tem um total 186 633 de utentes inscritos (SIARS, 7 de Julho de 2010).

Actualmente o ACES VSS tem 18 unidades assistenciais: 8 Unidades de Saúde Familiares (USF), 8 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 1 Unidade de Saúde Pública (USP).

Uma Equipa Coordenadora Local (ECL) (Cuidados Continuados).

Uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Uma Equipa Coordenadora de Cuidados Continuados (ECCI).

Está prevista a constituição de uma Unidade de Recursos Partilhados (URAP) que agregará todas as especialidades não incluídas nas outras unidades.

A Unidade de Apoio à Gestão (UAG), sediada em Penafiel, é o centro de toda a organização e gestão do ACES.

A dispersão geográfica e das unidades funcionais exige uma constante adaptação e flexibilidade na gestão o que provoca uma dinâmica de trabalho muito interessante e sinérgica.

O ACES VSS é uma organização com dimensão empresarial. Integra 414 profissionais, dos quais 95 médicos de Família, 4 médicos de Saúde Pública, 1 médico Dentista e 114 enfermeiros.

Neste momento ainda nos debatemos com falta de recursos humanos e técnicos. Há inúmeras actividades que poderíamos desenvolver se estes recursos humanos existissem.

Temos cerca de 23 210 mil utentes sem médico de família, num universo de 186 633 mil. Esta falta é suprida pela prestação de serviços por empresas privadas, em consultas de recurso.

3. MISSÃO, VISÃO E VALORES

O ACES VSS tem como **missão** a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, com qualidade e segurança, no respeito pelas regras e deveres éticos e deontológicos inerentes à sua actividade, utilizando os recursos da comunidade de forma responsável e eficiente, de acordo com a estratégia nacional e regional para os cuidados de saúde primários. Intervém no âmbito comunitário e de base populacional, personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes e do exercício de funções de autoridade de saúde.

O ACES, para cumprir a sua missão, tem como suas as seguintes **atribuições**:

- A promoção da educação para a saúde;
- A prevenção da doença;
- A prestação de cuidados de saúde na doença;
- A ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados;
- A promoção da vigilância epidemiológica;
- A promoção das actividades de investigação em saúde;
- A promoção da formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos seus diferentes grupos profissionais.

O ACES, no desempenho das suas atribuições, reger-se-á pelos seguintes **princípios**:

- A promoção permanente da qualidade na prestação de cuidados;
- A promoção da qualidade no acolhimento e atendimento dos doentes por parte de todos os profissionais;
- O desenvolvimento de cuidados de proximidade;
- O respeito pela vontade esclarecida dos utentes;
- A garantia do sigilo profissional;
- A gestão participada do ACES por todos os profissionais;
- A promoção da satisfação profissional;
- A promoção da participação dos utentes e da comunidade na actividade do ACES.

Visão

Pretendemos a longo prazo constituir uma rede prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada no empreendedorismo profissional.

Valores

Pretendemos que o referencial de conduta do ACES se baseie nos seguintes valores.

- Universalidade
- Equidade
- Ética

- Solidariedade
- Partilha
- Transparência
- Disponibilidade
- Excelência
- Inovação
- Respeito pela pessoa humana

4. CARACTERIZAÇÃO DO ACES

Quadro 1 – Caracterização do ACES

ACES Tâmega II – Vale Sousa Sul	
População residente (N.)	175 768
N.º inscritos	186 633
N.º Utilizadores	109 583
Índice dependência total	42.20
Índice de envelhecimento	60.20
Densidade populacional (N.º/km ²)	363.20
Indicador do poder de compra <i>per capita</i>	65.82
Proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória (%)	22.18
Taxa bruta de natalidade (‰)	10.70

Fonte: ACSS

4.1. Quem somos

Quadro 2 - População residente estimada para o ano de 2008, por sexo e grupo etário.

Grupos etários	Local de residência	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Ambos sexos
0 – 14 anos	Continente	747.017	786.345	1.533.362
	Região Norte	284.507	299.760	584.267
	ACES Vale Sousa Sul	15.927	16.633	32.560
	Castelo de Paiva	1.448	1.442	2.890
	Paredes	8.016	8.408	16.424
	Penafiel	6.463	6.783	13.246
15 – 64 anos	Continente	3.431.330	3.358.966	6.790.296
	Região Norte	1.309.638	1.271.102	2.580.740
	ACES Vale Sousa Sul	61.864	61.750	123.614
	Castelo de Paiva	5.715	5.834	11.549
	Paredes	31.011	30.609	61.620
	Penafiel	25.138	25.307	50.445
> 65 anos	Continente	1.052.581	759.070	1.811.651
	Região Norte	340.128	240.304	580.432
	ACES Vale Sousa Sul	11.243	8.351	19.594
	Castelo de Paiva	1.380	966	2.346
	Paredes	5.169	3.929	9.098
	Penafiel	4.694	3.456	8.150
Todas as idades	Continente	5.230.928	4.904.381	10.135.309
	Região Norte	1.943.273	1.811.166	3.745.439
	ACES Vale Sousa Sul	89.034	86.734	175.763
	Castelo de Paiva	8.543	8.242	16.785
	Paredes	44.196	42.946	87.142
	Penafiel	36.295	35.546	71.841

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

Quadro 3 – Caracterização do Concelho de Penafiel segundo as unidades funcionais

ESTRUTURAS	UNIDADES FUNCIONAIS INSTALADAS	POPULAÇÃO SERVIDA	Nº POPULAÇÃO SERVIDA	POPULAÇÃO INSCRITA	S/MÉDICO	Popul. Ser-Insc	OBSERV
CS PENAFIEL	USF 3 Rios	Bustelo; Croca; Duas		9755	0		* Concelhos: Paredes e Lo ** Todos os C
	USF S. Martinho	Igrejas; Guilhufe;		13466	0		
	UCSP Penafiel/Recesinhos	Marecos; Milhundos; Novelas; Penafiel Santa Marta; Santiago		9331	311		
	CDP, Imangiologia *						
	UAG						
	IMG**						
	SASU						
	Recesinhos	Castelões; S.Mamede Recesinhos; S. Martinho Reces.		3282	1626		
	SUB-TOTAL			35834	1937		
	TOTAL			37771			
UCSP PAÇO SOUSA/GALEGOS	Paço Sousa	Fonte Arcada; Irivo; Lagares; Paço Sousa; Urrô; Cete PRD		7498	1421		
	Galegos	Galegos; Rans			3077		
	SUB-TOTAL			7498	4498		
	TOTAL			11996			
UCSP TÂMEGA E DOURO	Abragão	Abragão; Luzim; Vila Cova		3713	812		
	Rio de Moinhos	Rio Moinhos		1516	1608		
	Rio Mau	Rio Mau; Sebolido		1924			
	Peroselo	Boelhe; Peroselo;		1763	1554		
	SUB-TOTAL			8916	3974		
	TOTAL			12890			
CS TS VICENTE	USF S. Vicente	Eja; Paredes; Portela;		15016			
	SUB-TOTAL			15016			
	TOTAL			15016			
			71841	77673	5832		

Fonte: SIARS e CENSOS 2001

Quadro 4 – Caracterização do Concelho de Castelo de Paiva segundo as unidades funcionais

ESTRUTURAS	UNIDADES FUNCIONAIS INSTALADAS	POPULAÇÃO SERVIDA	Nº POPULAÇÃO SERVIDA	POPULAÇÃO INSCRITA	S/MÉDICO	Popul. Ser-Insc	OBSERVAÇÕES
UCSP CASTELO DE PAIVA	UCSP Castelo de Paiva / Sardoura	Bairros; S. Martinho Sardoura; Fornos; Real; S. Pedro Paraíso; Sobrado		6720	5485		** Concelho de Castelo de Paiva
		Stª Maria Sardoura		1685			
	CDP						
	SASU						
	UCSP Oliveira do Arda	Raiva; Pedorido		4879	7		
	SUB-TOTAL			13284	5492		
	TOTAL		16785	18776	1991		

Fonte: SIARS e CENSOS 2001

Quadro 5 – Caracterização do Concelho de Paredes segundo as unidades funcionais

ESTRUTURAS	UNIDADES FUNCIONAIS INSTALADAS	POPULAÇÃO SERVIDA	Nº POPULAÇÃO SERVIDA	POPULAÇÃO INSCRITA	S/MÉDICO	Popul. Ser-Insc	OBSERVAÇÕES
CS PAREDES	UCSP Paredes	Castelões Cepeda; Louredo; Madalena; Mouriz; Vila Vova Carros; Bitarães;		1470	5814		* Concelhos de Paredes; Penafiel e Castelo de Paiva
	USF Terras de Souza			16405			
	SASU						
	USP do ACES *						
	USF Baltar	Baltar; Vandoma; Astromil		9471			
	SUB-TOTAL				27346	5814	
	TOTAL			33160			
SOBREIRA	USF Nova Era	Aguiar de Sousa; Recarei; Parada Todeia; Sobreira; Capela PNF; Figueira; PNF		16591			
	SUB-TOTAL			16591	0		
	TOTAL			16591			
CS REBORDOSA	UCSP Rebordosa	Rebordosa		10303	262		
	USF Salvador Lordelo	Lordelo		10671			
	UCSP Cristelo	Cristelo; Besteiros; Vilela; Sobrosa; Duas Igrejas		10095	3256		
	USF Tempo de Cuidar	Gandra		6271			
	SUB-TOTAL				37340	3518	
	TOTAL		87142	40858			
			87142	187058	99916		

Fonte: SIARS e CENSOS 2001

4.2. Identificação das Unidades Funcionais do ACES



Figura 1 - Unidades Funcionais do Concelho de Castelo de Paiva

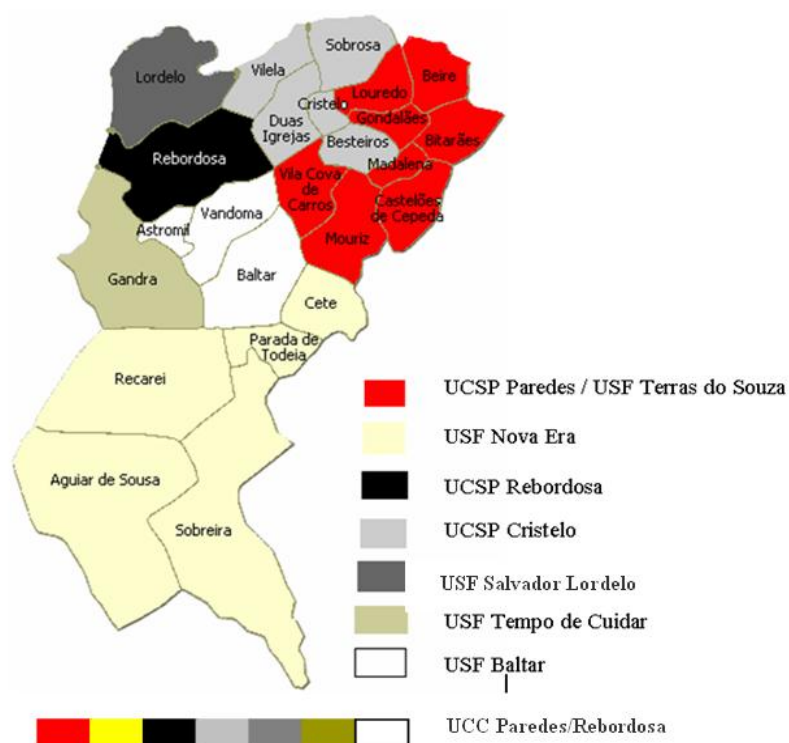


Figura 2 – Unidades Funcionais do Concelho de Paredes

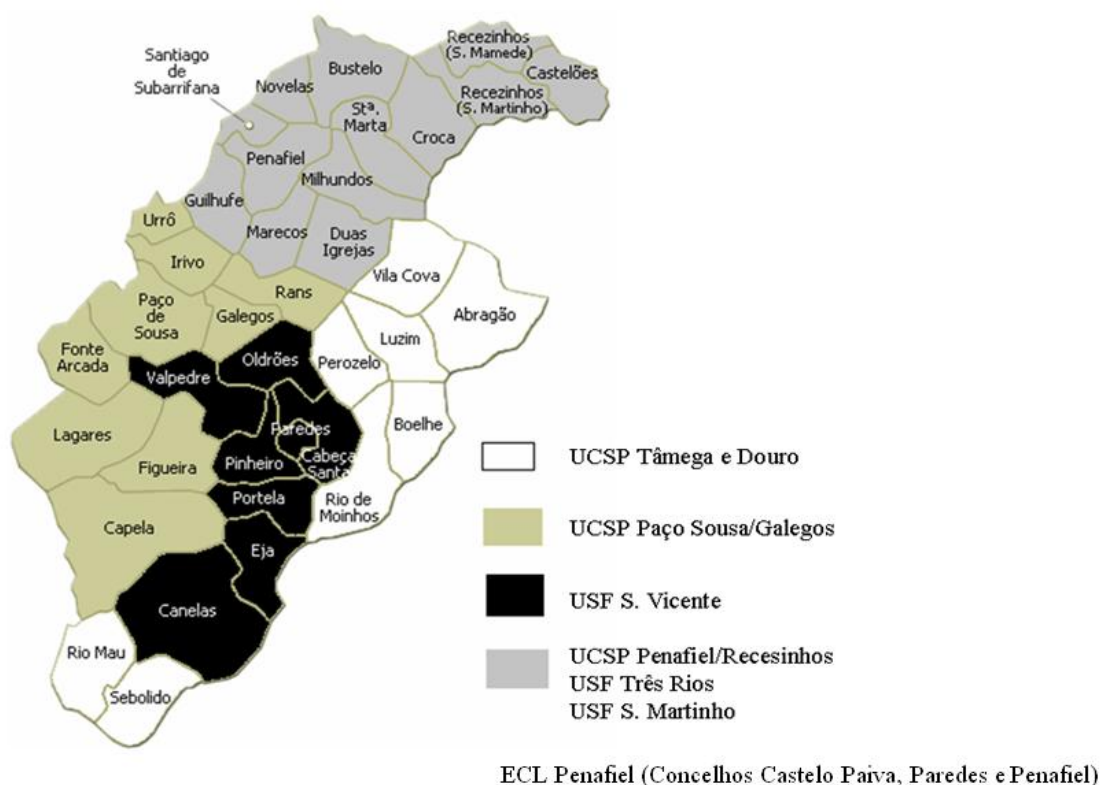


Figura 3 – Unidades Funcionais do Concelho de Penafiel

Quadro 6 – Alguns Índices demográficos (2008)

Local de residência	Índice de Dependência de Jovens	Índice de Dependência de Idosos	Índice de Envelhecimento
Continente	22,6	26,7	118,1
Região Norte	22,6	22,5	99,3
ACES Vale Sousa Sul	26,3	15,9	60,2
Castelo de Paiva	25,0	20,3	81,2
Paredes	26,7	14,8	55,4
Penafiel	26,3	16,2	61,5

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

A análise do quadro permite concluir que o ACES VVS apresenta uma população mais jovem que a da região Norte e a do Continente, assim como um índice de envelhecimento e de dependência de idosos inferior ao da Região Norte e do Continente.

Quadro 7 – Natalidade, evolução do número de nados vivos no período 2000-2007

Local de residência	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Continente	11,6	10,8	10,9	10,7	10,3	10,3	9,9	9,6
Região Norte	12,2	11,8	11,3	10,8	10,2	10,0	9,6	9,1
ACES Vale Sousa Sul	14,4	13,4	13,5	13,2	12,6	11,8	11,8	10,6

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

A taxa de natalidade no ACES VSS tem vindo a decrescer ao longo dos anos mas mantêm-se superior à região Norte e à do Continente.

Quadro 8 – Esperança de vida à nascença e aos 65 anos no triénio 2005-2007

Local de residência	Sexo	Esperança média de vida (em anos)	
		À nascença	Aos 65 anos
Continente	Feminino	82,0	20,0
	Masculino	75,6	16,6
	Ambos	78,9	18,4
Região Norte	Feminino	82,1	20,0
	Masculino	75,8	16,6
	Ambos	79,0	18,5
ACES Vale Sousa Sul	Feminino	81,9	19,3
	Masculino	75,0	16,0
	Ambos	78,4	17,8

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

Apesar do ACES VSS apresentar um índice de envelhecimento inferior ao da Região Norte e uma taxa de natalidade superior à da Região Norte a Esperança média de vida (em anos) é inferior à da Região Norte, o que poderá ser explicado pela maior mortalidade devido a causas externas (acidentes de transporte) em população jovem.

4.3. Como Vivemos

Alguns indicadores económicos, de educação e de infra-estruturas/ambiente

Quadro 9- Rendimento médio mensal de trabalhadores por conta de outrem no ano de 2006 (em Euros) e Indicador *per capita* do poder de compra no ano de 2005.

Local de residência	Rendimento médio mensal de trabalhadores por conta de outrem (2006), em Euros	Indicador <i>per capita</i> do poder de compra (2005)
Continente	936,0	100,5
Região Norte	805,7	85,5
ACES Vale do Sousa Sul	-	-
Castelo de Paiva	632,0	56,2
Paredes	640,3	66,2
Penafiel	711,6	62,7

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

Quadro 10 - Taxa de abandono escolar nos anos de 1991 e 2001 e Taxa de retenção e desistência no 3º ciclo no ano lectivo 2005/06 (valores em %).

Local de residência	Taxa de abandono escolar (%)		Taxa de retenção e desistência no 3º ciclo EB (%)
	1991	2001	2005/06
Continente	12,5	2,7	18,4
Região Norte	18,2	3,5	18,6
ACES Vale Sousa Sul	-	-	-
Castelo de Paiva	25,8	3,8	18,1
Paredes	26,1	6,4	26,3
Penafiel	25,8	5,7	14,7

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

Quadro 11 - Sistemas públicos de abastecimento de água, de sistemas públicos de drenagem de águas residuais e de Estações de Tratamento de Águas Residuais (ETAR), no ano de 2006.

Local	Sistemas públicos de abastecimento de água (%)	Sistemas públicos de drenagem de águas residuais (%)	ETAR (%)
	(%)	(%)	(%)
Continente	90,3	77,0	70,7
Região Norte	82,5	66,4	64,0
ACES Vale Sousa Sul	70,7	42,3	38,2
Castelo de Paiva	79,9	18,9	18,9
Paredes	60,3	52,3	50,5
Penafiel	81,1	35,9	27,6

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

O ACES VSS apresenta uma menor percentagem de população servida por sistemas públicos de abastecimento de água sistemas públicos de águas residuais e ETAR's que a região Norte.

4.4. Que Saúde Temos

QUE SAÚDE TEMOS?

Indicador	Sexo	Período	Unidade	Continente	Região Norte	ACES Vale Sousa Sul
Taxa bruta de mortalidade	HM	2007	‰	9,8	8,4	6,5
Taxa de mortalidade infantil	HM	2005-2007	‰	3,4	3,5	3,5
Taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP) prematura (0-64 anos)						
T. maligno da traqueia, brônquios e pulmão	H	2003-2005	/100000 hab	21,3	22,8	24,1
	M			4,0	4,2	3,1
T. maligno do estômago	H	2003-2005	/100000 hab	10,0	13,2	13,9
	M			4,4	5,6	5,8
T. maligno da mama (feminina)	M	2003-2005	/100000 hab	12,9	10,9	8,8
Doença isquémica do coração	H	2003-2005	/100000 hab	25,8	18,7	17,1
	M			6,1	4,0	2,6
Doenças cerebrovasculares	H	2003-2005	/100000 hab	18,6	17,2	23,4
	M			8,8	8,5	8,5
Doença crónica do fígado e cirrose	H	2003-2005	/100000 hab	15,2	15,2	9,6
	M			4,9	7,4	5,5
Acidentes de transporte	H	2003-2005	/100000 hab	23,1	17,2	25,6
	M			5,4	4,5	3,0
Taxa de internamento padronizada (TIP) para todas as idades						
Pneumonia	H	2007	/100000 hab	366,1	375,6	395,6
	M			231,2	231,9	201,8
Doenças cerebrovasculares	H	2007	/100000 hab	265,1	255,4	320,2
	M			173,0	171,5	201,6
Doença isquémica do coração	H	2007	/100000 hab	287,0	250,2	262,0
	M			98,7	81,1	91,1
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	H	2007	/100000 hab	132,6	144,6	158,1
	M			73,5	79,2	69,8

Fonte: Perfil de Saúde Região Norte, ARS Norte, IP, Outubro 2009

No quinquénio 2001-2005, as taxas de mortalidade padronizadas pela idade (TMP), no ACES Vale Sousa Sul, das doenças atribuíveis ao tabaco, doenças do aparelho circulatório, doenças cerebrovasculares, pneumonia, diabetes *mellitus* e acidentes de transporte apresentaram valores superiores aos da Região Norte e representaram, por ordem decrescente da sua magnitude, as principais causas de morte específicas do ACES.

As TMP, no ACES, dos tumores malignos da traqueia, brônquios, pulmão e da próstata apresentaram, por ordem decrescente, valores superiores aos da Região Norte mas com diferenças não estatisticamente significativas.

Embora a taxa de incidência (novos casos) da tuberculose tenha vindo a diminuir desde 2000, esta apresenta valores muito superiores aos da região Norte e do Continente.

5. LINHAS ESTRATÉGICAS

As dez linhas estratégicas que aqui se apresentam assentam nos cinco eixos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e são essenciais para a viabilidade e sustentabilidade do ACES. Visam o seu funcionamento efectivo e a sua orientação muito concreta para as necessidades presentes e futuras dos cidadãos. Cada uma das linhas estratégicas aqui enunciadas contempla um conjunto de objectivos que correspondem aos resultados que se pretendem ver alcançados.

5.1. Saúde da pessoa, da família e da comunidade

1. Melhoria da acessibilidade

Para assegurar o direito de acesso aos serviços da saúde é necessário garantir, entre outros aspectos, a equidade, a qualidade e a participação dos cidadãos.

A equidade é assegurada através da garantia de acesso em tempo útil aos cuidados de saúde prestados em condições de efectiva igualdade, em toda a área geográfica abrangida pelo ACES.

Objectivos:

- 1.1. Promover a oferta de cuidados de saúde de modo a adequar-se às necessidades reais da população;
- 1.2. Promover a diversificação e a disponibilização de cuidados de saúde domiciliários e a articulação com a rede dos cuidados continuados integrados;
- 1.3. Promover a intervenção na comunidade de equipas multiprofissionais, de acordo com necessidades específicas da comunidade;
- 1.4. Garantir a prestação de cuidados às populações com reduzidas capacidades de mobilidade;
- 1.5. Promover a melhoria de articulação com todas as unidades prestadoras de cuidados e que proporcionem oportunidades de serviços partilhados e

diversificação de oferta de cuidados – primários, hospitalares, continuados e de saúde mental.

5.2. Governação Clínica e de Saúde

2. Governação Clínica

A governação clínica constitui-se como um compromisso ético de responsabilidade social, baseando-se em valores como: valorização do saber prático, a partilha do conhecimento, a tolerância perante o erro, o envolvimento dos cidadãos nas decisões e a crença no potencial das pessoas.

A governação clínica vai passar a ser um desafio à prática multidisciplinar nas unidades de saúde do ACES, afirmando-se como uma estratégia para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Objectivos:

- 2.1. Contribuir para a implementação do modelo de governação clínica e de saúde;
- 2.2. Estabelecer prioridades em saúde para o ACES, em consonância com o Plano Nacional de Saúde e considerando as necessidades locais;
- 2.3. Articular com todas as unidades funcionais do ACES assegurando que as suas acções são concertadas com os programas do Plano Nacional de Saúde bem com as orientações da Saúde Pública nas suas funções de vigilância epidemiológica e de observatório de saúde;
- 2.3. Recolher e identificar sistematicamente informação sobre boas práticas clínicas e gestão do risco em todo o ACES, baseadas na evidência científica e promover a sua divulgação;

- 2.4. Implementar sistemas de avaliação e monitorização da experiência dos cidadãos com os cuidados de saúde prestados (inquéritos).

5.3. Recursos humanos e desenvolvimento profissional

3. Liderança e autonomia de gestão

A autonomia de gestão do ACES nos recursos humanos é um dos factores críticos.

Esta mudança organizacional visa melhorar o desempenho da organização e a qualidade dos serviços prestados, aumentar a produtividade com eficiência e inovar tanto nos serviços prestados como na forma de os produzir. Estas mudanças estão obrigatoriamente associadas a mudanças culturais na atitude perante o cidadão. Neste contexto, ganha particular importância a gestão das pessoas. Estas são o recurso estratégico mais relevante para as organizações. A sua gestão é determinante para a efectividade organizacional.

Objectivos:

- 3.1. Elaborar um quadro de referências profissionais para o exercício da gestão do ACES aos seus diversos níveis;
- 3.2. Estabelecer um quadro de contratualização, abrangendo várias dimensões da actividade assistencial, nomeadamente a adequação às necessidades de saúde, acessibilidade, qualidade e eficiência;
- 3.3. Desenvolver uma política de recursos humanos que garanta a captação de profissionais e a sua estabilidade no ACES;
- 3.4. Elaborar um modelo de referência para a divulgação de resultados do ACES e das suas diversas unidades funcionais, que traduza um novo quadro de responsabilização e transparência;
- 3.5. Promover a identificação de boas práticas de gestão e liderança e o intercâmbio de experiências.

4. Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais

A gestão do conhecimento engloba um conjunto de práticas destinadas a criar, a organizar e a explorar o conhecimento com o objectivo de melhorar o desempenho organizacional.

Importa implementar planos de formação nas novas unidades de saúde que incluam todos os profissionais e que sejam definidos segundo as necessidades reais da organização e dos seus objectivos.

A formação e a capacitação dos profissionais devem ser vistas como um investimento. São cruciais para a qualidade dos serviços prestados, para adopção de boas práticas, para uma abordagem efectiva dos problemas de saúde da população e para a implementação de modelos de decisão descentralizados e participativos.

Objectivos:

4.1. Dinamizar um processo de desenvolvimento profissional contínuo que promova a adopção de boas práticas profissionais;

4.2. Desenvolver uma rede de partilha de conhecimento no ACES, que permita a criação de um centro de recursos de conhecimento;

4.3. Elaborar uma carta das qualificações para que os conhecimentos e competências adquiridos possam ser alvo de reconhecimento formal.

5.4. Gestão, organização e participação

5. Gestão e avaliação

A gestão do ACES deve ter um planeamento estratégico, coerente com uma definição clara das prioridades, identificação dos recursos e das necessidades.

A gestão do ACES tem que assegurar a monitorização e avaliação do seu desempenho.

Torna-se necessário aperfeiçoar um modelo de contratualização no ACES nas duas vertentes: contrato-programa com a ARS Norte e contratualização interna com as diversas unidades funcionais.

Objectivos:

- 5.1. Implementar modelos eficazes de avaliação e monitorização do desempenho do ACES e das suas unidades funcionais;
- 5.2. Colaborar para um modelo eficaz de contratualização;
- 5.3. Avaliar e divulgar publicamente o trabalho do ACES.

6. Gestão da informação e comunicação

A utilização adequada das tecnologias de informação e comunicação garante a acessibilidade da informação e permite conservar a memória do ACES. Uma abordagem estruturada da informação exige, para além de tecnologias, o desenvolvimento de práticas que forneçam um quadro coerente que é comum designar por gestão do conhecimento. As bases de dados relacionais, a intranet, a política de difusão da informação, os portais Web, a par dos sistemas de informação, são alguns dos aspectos que importa integrar numa política de gestão da informação.

Objectivos:

- 6.1. Definir a arquitectura do sistema de informação do ACES e promover o seu desenvolvimento;
- 6.2. Definir uma política de gestão das tecnologias da informação e comunicação no ACES;
- 6.3. Implementar um sistema de informação e comunicação integrado para todas as unidades funcionais do ACES;
- 6.4. Contribuir para o desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados de saúde, mais rápidas, efectivas e equitativas, recorrendo às novas tecnologias de informação (ex: telemedicina, e-mail, portais da saúde, entre outras).

7. Participação dos profissionais de saúde e dos cidadãos

A participação efectiva dos cidadãos nas estruturas de gestão do ACES equivale a um passo decisivo.

A comunidade tem que sentir que a sua participação para além de desejada é eficaz e que se traduz em resultados objectiváveis.

Partilhar com a comunidade os objectivos das mudanças e das melhorias que se pretendem alcançar é um poderoso instrumento de gestão. Os poderes públicos ficam obrigados a igualar ou a superar com a sua actuação as expectativas anunciadas.

Objectivos:

- 7.1. Elaborar um plano de comunicação (página web), destinado aos cidadãos, visando o seu esclarecimento e envolvimento na nova organização, disponibilizando e recebendo informação relevante.
- 7.2. Elaborar um plano de comunicação, destinado aos profissionais de saúde, visando o seu esclarecimento e envolvimento no ACES.
- 7.3. Envolver os cidadãos e comunidade na participação das decisões sobre a saúde, na melhoria dos serviços e na construção de um clima de transparência.

5.5. Inovação e qualidade

8. Inovação e simplificação na prestação de cuidados

Os novos desafios na área da saúde, fruto de novos estilos de vida e hábitos comportamentais, bem como as novas exigências dos cidadãos, fruto de uma maior consciência dos seus direitos, implicam uma diversificação dos cuidados de saúde, tanto ao nível da prestação de cuidados de saúde como na forma de acessibilidade a essa mesma prestação.

A investigação, a avaliação e a melhoria da qualidade visam diminuir a variabilidade e identificar e normalizar boas práticas.

Objectivos:

- 8.1. Promover novas carteiras de serviços, de base multiprofissional e intersectorial;
- 8.2. Desenvolver programas de inovação e simplificação de processos que facilitem a modernização do ACES e o contacto dos cidadãos com os serviços;

8.3. Implementar políticas de estímulo à investigação em cuidados de saúde primários;

9. Qualidade de serviços

A “Qualidade em Saúde” é um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados.

Objectivos:

9.1. Implementar no ACES metodologias de melhoria e controlo da qualidade.

10. Acreditação de serviços

A acreditação em saúde pode e deve constituir um procedimento de melhoria contínua conjugando processos internos de auto-avaliação com a avaliação externa da organização, no âmbito do programa nacional de acreditação em saúde.

Objectivos:

10.1. Dinamizar projectos de melhoria contínua da qualidade do ACES;

10.2. Adoptar iniciativas de reconhecimento externo da qualidade.

6. PLANO DE ACTIVIDADES

6.1. Dar continuidade à implementação de Unidades de Saúde no ACES

Objectivos

- Criação de mais duas USF's no primeiro semestre 2011;
- Criação de uma UCC (Unidade Cuidados na Comunidade) até final de 2011, em Penafiel;
- Criação da URAP, até ao final de 2011;
- Com a melhoria da acessibilidade em todas as Unidades de Saúde do Concelho de Paredes deixa de ser necessária a manutenção do SASU aos dias de semana no período nocturno.

N.º	Actividades	Indicador
1	Reunir (DE e CC) com as equipas multiprofissionais	N.º de reuniões realizadas
2	Constituir novas unidades funcionais	N.º unidades funcionais constituídas
3	Avaliar (DE) o Plano de Acção das Unidades Funcionais	N.º planos de acção avaliados/N.º total de planos
4	Divulgar o Manual de Boas Práticas das Unidades Funcionais	N.º manuais divulgados/N.º manuais elaborados

6.2. DIABETES MELLITUS

Objectivos

- Conhecer a prevalência da diabetes no ACES;
- Criar uma consulta do pé diabético no ACES;
- Alertar os profissionais para a necessidade da observação do pé (uma vez por ano no mínimo, conforme o risco) do doente com diabetes.

Actividades	Indicador
Diagnosticar os diabéticos	N.º de diabéticos/N.º total de inscritos
Implementar a consulta de pé diabético	N.º consultas realizadas de pé diabético/ Nº de consultas previstas
Avaliar o cumprimento das NOC´s sobre diabetes	Número de consultas com NOC´s/ Nº de consultas a diabéticos Número de consultas com NOC´s/ Nº total de diabéticos
Formar profissionais	N.º profissionais com formação/ Nº total de profissionais
Monitorizar a consulta do diabético	N.º diabéticos c/Hemoglobina Glicosilada 3 vezes por ano/ Nº total de diabéticos Nº de diabéticos observados por oftalmologia /Nº total de diabéticos

6.3. DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Objectivos

- Conhecer a prevalência da hipertensão arterial (HTA) no ACES;
- Fazer o rastreio da hipertensão arterial;
- Tratar as dislipidemias;
- Controlar correctamente a diabetes;
- Fomentar a cessação tabágica;
- Contribuir para a reabilitação atempada nos doentes com AVC;
- Divulgar a “Via Verde AVC”.

Actividades	Indicador
Diagnosticar os hipertensos	Nº de Hipertensos/Nº total de utilizadores
Identificar boas práticas no tratamento da HTA, Diabetes e Dislipidemias	Nº de doentes identificados com HTA / Nº de doentes observados Nº de doentes identificados com Diabetes / Nº de doentes observados Nº de doentes identificados com Dislipidemias / Nº de doentes observados
Identificar na consulta fumadores, não fumadores e ex-fumadores	Nº de fumadores/ Nº de utilizadores activos Nº de não fumadores/ Nº de utilizadores activos Nº de ex- fumadores/ Nº de utilizadores activos
Apoiar a cessação tabágica dos fumadores identificados em fase de preparação	Nº de doentes que cessaram/ Nº doentes em preparação
Identificar na consulta MGF patologia cardiovascular	Nº de doentes com patologia cardiovascular (IC, DC ,EAM,...)
Encaminhar doentes com patologia de AVC para a reabilitação	N.º doentes encaminhados/N.º Total de doentes com AVC

6.4. TUBERCULOSE

Objectivos

- Avaliar a prevalência de tuberculose no ACES;

- Avaliar a incidência de tuberculose no ACES;
- Diminuir a prevalência da tuberculose em 2%;
- Diminuir a incidência da tuberculose em 2%.

Actividades	Indicador
Diagnosticar os casos de tuberculose	N.º casos de tuberculose /N.º total de inscritos
Diagnosticar novos casos de tuberculose	N.º casos novos de tuberculose /N.º total de inscritos
Avaliar o cumprimento de boas práticas no tratamento da tuberculose	Implementação do Manual de boas práticas Nº de doentes que seguem as NOC´s/Nº total de doentes

6.5. AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Objectivos

- Conhecer o grau de satisfação dos utentes relativamente ao funcionamento e organização dos serviços do ACES.

Actividades

- Realizar um inquérito de satisfação até ao fim do ano de 2010;
- Realizar um inquérito de satisfação no ano de 2011 e 2012.

7. PLANO DE FORMAÇÃO

Em elaboração pela Equipa de Formação do ACES de acordo com as sugestões dos diferentes grupos profissionais e aguarda aprovação do Gabinete de dinamização da Gestão do Conhecimento da ARS do Norte, IP.

Secretários Clínicos

Informática geral

Sistemas de Informação (SINUS/SAPE)

Competências em comunicação / gestão de conflitos

Legislação

Suporte básico de vida

Enfermagem

Comunicação/ gestão de conflitos

Cuidados paliativos

Suporte avançado de vida

Suporte básico de vida

Desfibrilhação automática externa

Programas de saúde - Hipertensão, diabetes, Saúde Infantil/Juvenil, Saúde Materna;

Planeamento Familiar

Tratamento de Feridas

Governança Clínica

Higiene e Segurança no Trabalho

Controlo e infeção

Sistemas de informação SINUS / SAPE

Médicos

Suporte básico de vida

Suporte avançado de vida

Cuidados paliativos

Governança clínica

Controlo e infeção

Higiene e Segurança no Trabalho

Programas de saúde - Hipertensão, diabetes, Saúde Infantil/Juvenil, Saúde Materna;

Planeamento Familiar

10. MAPA DE RECURSOS HUMANOS

O mapa de Recursos Humanos detalhado, encontra-se em formato Excel anexo ao presente plano. (ANEXO 3).

RECURSOS HUMANOS		TOTAL ACES						
		Ano 2008			Ano 2009			
		nº Efectivos	nº horas semanais disponíveis	nº ETC	nº Efectivos	nº horas semanais disponíveis	nº ETC	
GRUPO PROFISSIONAL	Director Executivo				1,00	42,00	1,20	
	Presidente do Conselho Clínico				1,00	7,00	0,20	
	Médicos de clinica geral e familiar				96,00	3.591,00	102,60	
	Médicos de clinica geral e familiar - CDP				3,00	21,00	0,60	
	Enfermeiros				114,00	3.942,00	112,63	
	Assistentes Técnicos				92,00	3.185,00	91,00	
	Médicos Saúde Publica				4,00	130,00	3,71	
	Médicos de outras especialidades				0,00	0,00	0,00	
	Técnicos Superiores do Regime Geral e Serviço Social	Administradores, Economista, Gestores				1,00	35,00	1,00
						0,00	0,00	0,00
		Informáticos				0,00	0,00	0,00
		Assistentes Sociais				0,00	0,00	0,00
	Técnicos Superiores Saúde	Nutrição				5,00	136,00	3,89
		Psicologia				1,00	35,00	1,00
		Outros				0,00	0,00	0,00
	Técnicos Diagnóstico e Terapeutica	Dietetica				0,00	0,00	0,00
		Fisioterapia				0,00	0,00	0,00
		Higiene oral				0,00	0,00	0,00
		Radiologia				1,00	35,00	1,00
		Saude ambiental				4,00	140,00	4,00
		Terapia Fala				1,00	35,00	1,00
		Terapia Ocupacional				0,00	0,00	0,00
	Outros				0,00	0,00	0,00	
Assistentes Operacionais				55,00	1.434,00	40,97		
Outros (Médico Saúde Pública no Conselho Clínico)				1,00	7,00	0,20		
TOTAL					380,00	12.775,00	365,00	