



## **Doutoramento em Saúde Pública**

**Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde**

**Gestão da mudança na saúde: do planeamento à governança em saúde. Um contributo para a governança local em saúde.**

**Ana Isabel de Deus Matos Santos**

### **Orientadores:**

Professor Doutor Constantino Sakellarides

Professor Doutor António Tavares

**Lisboa, dezembro de 2018**





## **Doutoramento em Saúde Pública**

**Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde**

**Gestão da mudança na saúde: do planeamento à governança em saúde.  
Um contributo para a governança local em saúde.**

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, na Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde, realizada sob a orientação científica dos Professores Doutores Constantino Sakellarides e António Tavares.

**Ana Isabel de Deus Matos Santos**

**Lisboa, dezembro de 2018**



*Documento escrito segundo o novo acordo ortográfico.*

“O nosso objetivo constante é a completa realização do potencial de saúde de todos.”

WHO, 1999a.

“All change seems impossible, but once accomplished, it is the state we are no longer  
in that seems impossible”

Alain cit por Mintzberg, 2017.



## **AGRADECIMENTOS**

A realização desta dissertação só foi possível com o apoio de diversas pessoas, a quem agradeço muito sinceramente. Correndo o risco de, injustamente, não mencionar alguém, quero deixar os meus expressos agradecimentos:

Aos Professores Constantino Sakellarides e António Tavares, orientadores científicos desta dissertação por todos os ensinamentos, incentivo e disponibilidade ao longo destes anos.

À Dra. Celeste Gonçalves, pertencente à minha comissão tutorial, pelas revisões, sugestões, disponibilidade e confiança transmitida.

À Professora Ana Escoval, por não me ter deixado desistir e por me ter proporcionado as condições para a realização da mesma.

Às Professoras Isabel Silva e Judite Fiuza, pela simpatia e revisão de texto.

À Dra. Isabel Andrade, pela ajuda na referência bibliográfica.

A todos os entrevistados e respondentes aos questionários, cujos contributos foram determinantes para o enriquecimento desta tese.

Às minhas parceiras de doutoramento, Rita e Patricia, pela inter-ajuda e cumplicidade.

Aos meus Amigos, pelo constante apoio e amizade.

À minha família; em especial aos meus pais, por tudo e principalmente pelo exemplo.

Finalmente ao Filipe, pela paciência, motivação e afeto nos dias bons e menos bons desta longa jornada.

A todos o meu sincero obrigada, sem a vossa ajuda, este caminho não teria sido possível. Todos os possíveis erros e omissões são da minha inteira responsabilidade.

## RESUMO

A análise da evolução da gestão da mudança nos sistemas de saúde com vista à melhoria da saúde das populações constitui um exercício extremamente complexo. Este tem que recorrer a um vasto conjunto de referências teóricas abrangentes no âmbito das ciências sociais, mas também a referências concetuais mais específicas no âmbito da saúde pública e dos sistemas de saúde.

Esta dissertação analisa a gestão da mudança nos sistemas de saúde, no que diz respeito à evolução dos conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à proteção e promoção da saúde das populações, no contexto europeu, nacional e local. Esta investigação adota uma perspetiva populacional, não incluindo aspetos relacionados com a organização e gestão dos cuidados de saúde.

O estudo desta temática é fundamental para compreender a evolução e as características das diferentes abordagens nas últimas décadas, bem como para retirar ensinamentos e indicações úteis sobre este processo. Desconhecem-se estudos anteriores em Portugal, sobre este tema de investigação e respetiva problemática teórica.

Esta dissertação está organizada em três estudos. O estudo I analisa como evoluíram as principais conceções e dispositivos de ação da gestão da mudança nos sistemas de saúde, referentes à melhoria da saúde das populações, no contexto europeu do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade, de modo a contribuir para a melhoria deste processo em Portugal. A metodologia adotada neste estudo consistiu numa revisão de literatura.

A partir da revisão de literatura efetuada construiu-se um quadro de referência analítico, onde se identificaram três paradigmas, a que correspondem três estádios de desenvolvimento dos conceitos e dispositivos de ação, subjacentes às principais referências de gestão da mudança nos sistemas de saúde, com vista à melhoria da saúde das populações.

Estes paradigmas podem ser designados de: i) “Planeamento Integrado de Saúde”; ii) “Estratégias e Metas de Saúde”; e iii) “Governança em Saúde”.

No paradigma “Planeamento Integrado de Saúde”, o pensamento concetual dominante caracterizou-se essencialmente pela aplicação dos princípios do planeamento à saúde, numa perspetiva normativo-prescritiva, *top-down*, elaborada por especialistas de planeamento a nível nacional. Esta abordagem pressupõe uma relação de causa e efeito entre este processo racional e o seu resultado na saúde das populações. Assim,

assumindo a previsibilidade e controlabilidade da envolvente externa do sistema de saúde, bem como o cumprimento das normas pré-estabelecidas ao nível dos seus processos internos, os objetivos de saúde adotados são de natureza essencialmente técnica, e estão associados à identificação de planos, programas e projetos abrangentes, a implementar pelas diferentes organizações e agentes do sistema de saúde.

No paradigma das “Estratégias e Metas de Saúde”, avança-se para a ideia de que os objetivos de saúde da população têm de representar um compromisso social por parte de todos os agentes sociais envolvidos no processo de mudança. Assim, para que estes compromissos sejam perceptíveis para todos, assumem a forma de metas quantificadas, com um horizonte temporal definido. Nesta abordagem, cada agente envolvido neste processo organiza as suas próprias ações que contribuirão para a realização das metas assumidas, de acordo com os seus valores e capacidades próprias.

Neste sentido, no pensamento concetual deste paradigma emergem as noções de estratégias e metas de saúde, do envolvimento dos parceiros no “terreno”, reforçando a importância da ação e atores locais para a promoção e proteção da saúde. No que diz respeito aos dispositivos de ação, preconiza-se uma transição dos planos prescritivo-normativos abrangentes e habitualmente centralizados, para abordagens assentes num compromisso social, que assumem a forma de estratégias e metas mensuráveis e quantificadas num horizonte temporal definido, em domínios e prioridades de saúde selecionados.

No final do século XX, a globalização e o desenvolvimento e massificação das tecnologias de informação e comunicação, como a internet, os computadores pessoais, *smartphones* e redes sociais transformaram o modo de comunicação e de relacionamento dos indivíduos, contribuindo significativamente para a sociedade em rede e do conhecimento. O mundo tornou-se mais complexo do que nunca, altamente interligado e em constante mutação.

Neste contexto, o paradigma da “Governança em Saúde” vem constatar que as mudanças sociais resultam em grande medida da interação entre os diversos agentes sociais que vão ocorrendo continuamente, enquadrados ou não por iniciativas de planeamento centralizado ou por ações assentes em compromissos sociais. Deste modo, no pensamento concetual consolidam-se as noções de governança em saúde, dos princípios da boa governança, bem como do reconhecimento dos sistemas de saúde como sistemas adaptativos complexos.

Nesta perspetiva, não basta formular estratégias mesmo que baseadas em metas como compromissos sociais concretos, é necessário implementá-las num contexto socioeconómico determinado, utilizando instrumentos de análise, negociação, gestão e influência adequados à complexidade dos sistemas de saúde e à sociedade moderna. Neste sentido, os dispositivos de ação preconizados neste paradigma assentam na visão estratégica, promoção e difusão da inovação, e na gestão de sistemas adaptativos complexos.

Assim, os processos de mudança devem ser geridos através de múltiplas estratégias de âmbito local, assentes em processos de negociação e compromisso, que considerem as soluções apropriadas a cada território, tendo em conta o contexto de mudança, facilitando a obtenção dos objetivos e aumentando a capacidade de inovação dos agentes sociais. Estas estratégias aumentam a probabilidade de responder mais adequadamente aos problemas complexos, em comparação com um modelo prescritivo, único e *top-down*.

Com o quadro de referência construído neste estudo, foi possível identificar e organizar paradigmas dominantes, relativos aos principais conceitos e dispositivos de ação no período estudado. Porém, é fundamental enfatizar que estes paradigmas não são mutuamente exclusivos, tendem a coexistir e cada um acrescenta elementos e indicações úteis sobre como gerir os processos de mudança para alcançar melhores resultados em saúde nas populações.

Nos estudos II e III aplicou-se este quadro analítico à realidade portuguesa, tanto a nível nacional (estudo II), como a nível local (estudo III) para compreender o estágio de desenvolvimento dos conceitos e dispositivos de ação e fornecer indicações para a melhoria destes processos em Portugal.

Deste modo, o estudo II no contexto nacional em Portugal Continental, analisa os principais conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde, bem como os obstáculos que têm vindo a dificultar este processo, e as iniciativas que poderiam contribuir para ultrapassar essas dificuldades. A metodologia deste estudo consistiu numa revisão de literatura, na análise documental à “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” e aos três Planos Nacionais de Saúde (2004-2010;2012-2016; revisão e extensão a 2020), bem como a realização e análise de conteúdo de 15 entrevistas semiestruturadas a peritos e profissionais-chave, envolvidos na elaboração e implementação destes planos.

O processo sistematizado de elaboração de estratégias e planos nacionais de saúde teve início no final da década de 90, com a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002), que foi sucedida pelos planos nacionais de saúde (2004-2010; 2012-2016; revisão e extensão a 2020), que têm coexistido com programas verticais dedicados a problemas de saúde específicos.

Os planos nacionais de saúde foram baseados em objetivos e metas que são pensados e elaborados ao nível nacional, pressupondo a sua implementação e replicação em cadeia nos níveis regional e local. Por um lado, assentam na participação de diferentes *stakeholders*, mas mantêm uma perspetiva nacional, prescritiva-normativa, de implementação em cadeia, em que o processo de estabelecimento e avaliação de objetivos e metas se centra numa perspetiva tecnocrática. Neste sentido, estes planos beneficiariam da transição para uma perspetiva em que constituem referências e enquadramento para a ação, devendo resultar desse enquadramento programas de ação desenvolvidos por cada compromissário, de acordo com os seus valores e capacidades próprias.

O estudo III de âmbito local, considerando a delimitação geográfica dos ACES em Portugal Continental, analisa os conceitos e dispositivos de ação subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde, bem como os obstáculos que dificultaram este processo, e as iniciativas que poderiam contribuir para ultrapassar essas dificuldades a nível local. A metodologia utilizada neste estudo consistiu numa revisão bibliográfica, na análise documental a 25 planos locais de saúde, na realização de 15 entrevistas semiestruturadas, e na criação e aplicação de dois questionários, nomeadamente aos i) coordenadores das unidades de saúde pública; e ii) diretores executivos e presidentes dos conselhos clínicos e de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (n=113).

O estudo III aponta que a nível local existem diversos documentos, instrumentos e iniciativas, resultantes de processos mais espontâneos ou mais estruturados entre os serviços de saúde e os parceiros da comunidade, que têm sido desenvolvidos em paralelo com implementação dos planos nacionais de saúde e dos programas de saúde prioritários. Com a reforma da saúde pública, a constituição dos ACES e das unidades de saúde pública com a sua respetiva definição de competências, na área dos observatórios locais de saúde e na definição de planos e estratégias locais de saúde, emergiu em 2011 um movimento sistematizado de elaboração de Planos Locais de Saúde (PLS) como dispositivos de ação.

Através da análise documental aos PLS verificou-se que estes foram realizados com base nas etapas clássicas do planeamento em saúde, segundo os termos de referência disponibilizados pelas Administrações Regionais de Saúde. Dos 25 PLS analisados, a elaboração de 11 ainda ficou circunscrita aos elementos das Unidades de Saúde Pública e à consulta interna no âmbito dos ACES, sendo perceptível um claro enfoque no diagnóstico de situação de saúde em detrimento de todas as outras componentes. Relativamente aos objetivos, 22 PLS apresentaram objetivos quantificados, sendo a sua maioria relacionada com a redução de indicadores de mortalidade no período temporal definido (2 a 5 anos), representando mais um exercício técnico do que a expressão de um compromisso social. A parte da monitorização está explícita em 19 planos, mas somente 9 contêm componente de comunicação e divulgação explícita.

De acordo com os resultados dos questionários (n=113), em que foi pedido aos inquiridos que atribuísem um valor entre 1 e 5 às principais dificuldades no desenvolvimento de planos e estratégias de saúde de âmbito local, as dificuldades mais pontuadas consistiram: na falta de autonomia nos ACES (3,81); na carência de recursos humanos, técnicos e financeiros nas organizações de saúde (3,77); nos sistemas de informação existentes (3,70); na pouca valorização do planeamento em saúde comparativamente às atividades nos ACES (3,47); e na fraca motivação dos diferentes intervenientes para a obtenção dos objetivos e metas definidos (3,36).

No que diz respeito aos principais fatores facilitadores e iniciativas mais pontuados pelos inquiridos, estes consistiram: no alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos (4,60); na melhoria dos sistemas de informação (4,43); na motivação dos intervenientes do processo (4,42); no alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (4,41); e na alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com a melhoria da saúde da população (4,40). Estes resultados vão de encontro às principais dificuldades e fatores facilitadores para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde identificadas na literatura.

As conclusões deste estudo apontam para que os planos locais de saúde, na sua forma atual, não são suficientes como dispositivos de ação para a gestão da mudança no sistema de saúde, com vista à melhoria da saúde da população. Deste modo, é necessário identificar aquilo que está a ser feito, compreender as limitações e oportunidades nas comunidades, reforçar as ações efetivas e boas práticas já em curso, melhorar e interligar as ações menos efetivas e isoladas, para posteriormente

desenhar estratégias locais de saúde, escolhendo seletivamente pontos de alavancagem que assegurem maior efetividade das estratégias adotadas.

Neste sentido, propõem-se as estratégias locais de saúde como instrumentos de governança de saúde local. Estas estratégias têm de se basear necessariamente nos princípios do pensamento estratégico e da boa governança, tendo em consideração o contexto socioeconómico e as interações existentes entre os atores sociais, bem como as soluções de interesse comum, no diagnóstico de situação e no desenvolvimento dessas mesmas estratégias.

Da análise conjunta dos três estudos acima resumidos, foi possível observar que os conceitos e dispositivos de ação predominantes em Portugal, tanto no contexto nacional como no contexto local, identificam-se essencialmente com o paradigma I “Planeamento Integrado de Saúde” e parcialmente com o paradigma II “Estratégias e Metas de Saúde”, não incorporando ainda os principais elementos do paradigma III da “Governança em Saúde”. Verificou-se também que o quadro analítico, resultante da revisão concetual elaborada no estudo I, demonstrou ser adequado na análise da situação portuguesa quer a nível nacional, como a nível local.

Apesar de na realidade, poderem existir simultaneamente elementos dos diferentes paradigmas nos períodos identificados, e as suas fronteiras não serem totalmente estanques, a identificação de paradigmas predominantes mostrou ser proveitosa como ferramenta intelectual, para realçar as principais características das diferentes abordagens e retirar indicações úteis para a melhoria dos processos de gestão da mudança a diferentes níveis.

Assim, apesar de os resultados destes estudos serem essencialmente de natureza retrospectiva, proporcionam os conceitos e dispositivos de ação que permitem acompanhar prospetivamente a evolução da situação portuguesa nesta temática. Sugere-se ainda que esta linha de investigação deverá ser prosseguida, para se proceder ao acompanhamento da incorporação destes conceitos e dispositivos de ação na evolução do processo de gestão da mudança com vista à melhoria da saúde da população portuguesa.

## ABSTRACT

The analysis of the change management evolution in health systems, aiming at the improvement of the health of the populations, constitutes an extremely complex exercise. It must not only resort to a broad range of comprehensive and theoretical references in the social sciences, but also to more specific conceptual references in the field of public health and health systems.

This dissertation analyses the change management in health systems, regarding the evolution of concepts and mechanisms of action, concerning the protection and promotion of the health of populations, within the European, national and local context. This research adopts a population-based perspective and it doesn't include aspects related to the organization and management of health care.

The study of this subject is fundamental to understand the evolution and the characteristics of the different approaches in the last decades, as well as to draw conclusions and provide useful indications about this process. In Portugal, previous studies regarding this subject of investigation and corresponding theoretical problematic are unknown.

This dissertation comprises three studies. The first study analyses how the main concepts and mechanisms of action regarding the change management in the health systems have evolved, concerning the improvement of the health of the populations, in the European context of the Post World War II until the present time, in order to contribute to the improvement of this process in Portugal. The adopted methodology in this study consisted in a literature review.

Based on the literature review, an analytical reference *framework* was constructed, identifying three paradigms, which represent three stages of development of concepts and action mechanisms, regarding the main references of change management in health systems, in order to improve the health of the populations.

These paradigms can be designated as: i) "Comprehensive Health Planning"; ii) "Health Strategies and Targets"; and iii) "Health Governance".

In the "Comprehensive Health Planning " paradigm, the main conceptual references were characterized by the application of planning principles to the health sector, in a *top-down* normative-prescriptive approach, conceived by planning specialists at the national level. This approach assumes a relation of cause and effect between this rational process and its result in the health of the populations. Therefore, assuming the

predictability and controllability of the external environment of the health system, as well as the compliance with pre-established norms in the internal processes, the health objectives adopted are of a technical nature, and are associated with the identification of plans, programs and comprehensive projects, to be implemented by different organizations and agents of the health system.

The paradigm of "Strategies and Health Targets," evolves towards the idea that health objectives of the population must represent a social commitment, with all the social agents involved in the process of change. Consequently, so that these commitments may be perceived by all, they take the form of quantified targets with a given time horizon. In this approach, each agent involved in this process organizes their own actions, which will contribute to the accomplishment of the assumed targets, according to their own values and capabilities.

Thus, the conceptual references of this paradigm are based on the notions of health strategies and targets and local partners' involvement, by reinforcing the importance of local action and actors for the promotion and protection of health. In terms of action mechanisms, this approach changes from comprehensive and usually centralized prescriptive-normative plans to a social commitment process, with measurable and quantified strategies and targets within health priorities previously set.

At the end of the 20th century, globalization and the massification of information and communication technologies, such as the Internet, personal computers, smartphones and social networks, transformed the way communication and interaction between individuals occurs, contributing significantly to network and knowledge societies. The world has become more complex than ever, highly interconnected and in constant change.

In this context, the paradigm of "health governance" shows that social changes result largely from the interaction between the various social agents that are continually occurring, regardless of centralized planning initiatives or actions based on social commitments. Thus, the main references of this paradigm consolidate the notions of health governance, the principles of good governance, as well as the recognition of health systems as complex adaptive systems.

In this perspective, it is not enough to formulate strategies even if based on targets as social commitments, it is necessary to implement them in a specific socio-economic context, through mechanisms of analysis, negotiation, management and influence in accordance with the complexity of health systems and modern society. In this sense, the action mechanisms advocated in this paradigm are based on the strategic vision,

promotion and diffusion of innovation, and on the management of complex adaptive systems.

Therefore, the processes of change should be managed through multiple local strategies, based on negotiation processes and commitment, which value solutions appropriate to each territory, considering the context of change, facilitating the achievement of objectives and increasing the learning capacity and innovation of social agents. These strategies increase the probability of responding more adequately to complex problems as compared to a prescriptive, single, and *top-down* model.

The main conclusion of the first study is that through the reference *framework* developed, it was possible to identify and organize dominant paradigms, related to the main concepts and mechanisms of action in the studied period, contributing to the understanding of the different approaches. However, it is crucial to emphasize that these paradigms are not mutually exclusive, they tend to coexist and each one adds useful elements and indications on how to manage change processes to achieve better health outcomes in the populations.

In the second and third studies, this analytical reference *framework* was applied to the Portuguese reality, both at the national level (study II) and at the local level (study III) to understand the stage of development of these concepts and mechanisms of action and provide indications for improvement in these processes in Portugal.

Consequently, study II in the national context in mainland Portugal analyses the main concepts and mechanisms of action concerning the change management in the health system, the obstacles that have made this process difficult, as well as the initiatives that could contribute to overcome these difficulties. The methodology of this study consisted of a literature review, document analysis of “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” and the three National Health Plans (2004-2010; 2012-2016; review and extension to 2020), as well as 15 semi-structured interviews with key experts and professionals involved in the design and implementation process of these plans.

According to study II, the systematized process of developing national health strategies and plans began in the late 1990s, with “Saúde, um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”, which was followed by the National Health Plans (2004-2010; 2012-2016, review and extension to 2020), which have been coexisting with vertical programs aimed at specific health problems.

The Portuguese National Health Plans were based on goals and targets that are designed and built at the national level, assuming their implementation and repetition at the regional and local levels. On the one hand, they are based on the participation of different stakeholders, but they maintain a national, prescriptive and normative perspective of chain implementation, in which the process of establishing and evaluating goals and targets is centred on a technocratic perspective. In this sense, these plans could benefit from the transition to a perspective in which they constitute references and a *framework* for action. Consequently, from this *framework* should result action programs developed by each partner, according to their own values and capabilities.

Study III of local scope, considering the geographical delimitation of the health centres groups (ACES) in mainland Portugal, analyses the concepts and action mechanisms regarding the change management in the health system, as well as the obstacles that hampered this process, and the initiatives that could contribute to overcoming difficulties at local level.

The methodology used in this study also consisted of a literature review, documental analysis of 25 local health plans, 15 semi-structured conducted interviews, and the creation and application of two questionnaires, namely for i) the coordinators of public health units of ACES; and (ii) to executive directors and clinical directors of ACES (n=113).

Study III points out that there is a vast range of documents, tools and initiatives at the local level resulting from more spontaneous or more structured processes between health services and community partners, which have been developed in parallel with the implementation of national health plans and vertical health programs.

With the public health reform, the constitution of ACES and public health units with their corresponding definition of competencies, regarding local health observatories and local health plans and strategies, in 2011 a systematic movement of elaboration of Local Health Plans (PLS) as action mechanisms emerged.

Through the documental analysis of 25 PLS, it was shown that these were carried out based on the classical stages of health planning, according to the terms of reference provided by the Regional Health Administrations. Of the 25 PLS analysed, the elaboration of 11 was still confined to the elements of the Public Health Units and internal consultation within the scope of ACES, being also observed that they have a clear focus on the diagnosis of health situation in comparison with all other components. As far as the objectives are concerned, 22 PLS presented quantified

objectives, most of them related to the reduction of mortality indicators in the established time period (2 to 5 years); however, they represented more of a technical exercise than the expression of a social commitment. The monitoring part is explicit in 19 plans, but only 9 contain explicit communication and the exposure component.

In the questionnaire, respondents (n=113) were asked to rate between 1 and 5 the main difficulties in the development of local health plans and strategies. The most scored difficulties were: lack of autonomy of the ACES (3.81); lack of human, technical and financial resources in health organizations (3.77); absence of information systems (3.70); low appreciation of health planning activities compared to the other healthcare activities (3.47); poor motivation of the different stakeholders to achieve the defined targets and objectives (3.36).

Regarding the main facilitators and initiative factors rated by the respondents, these consisted in: the alignment between health planning, health care services planning, management and subsequent allocation of resources (4.60); the improvement of the existing information systems (4.43); the motivation of the stakeholders involved (4.42); the positioning of the contractual objectives with the needs and identified objectives at the local level (4.41); and the allocation of human, financial and technical resources to activities related to improving the health of the population (4.40). These results are compatible with the main difficulties and facilitating factors identified in the literature, regarding the building and implementation of local health plans and strategies.

The conclusions of this study highlight the fact that local health plans, in their current form, are not enough as action mechanisms for change management in the health system aimed at improving the health of the population. In this way, it is necessary to identify what is being done, to understand the limitations and opportunities in the communities, to reinforce the effective actions and good practices already in progress, to improve and interconnect the less effective and isolated actions, so that later local health strategies may be designed, selectively choosing leverage points to ensure greater effectiveness of the adopted strategies.

Therefore, local health strategies are proposed as instruments of local health governance. These strategies must necessarily be based on the principles of strategic thinking and good governance, regarding the socio-economic context and the existing interactions between social actors, as well as the solutions of common interest, on diagnosing the situation and developing those strategies.

From the joint analysis of the three studies summarized above, it was possible to observe that the concepts and mechanisms of action prevailing in Portugal, either in

the national context or in the local one, are essentially identified with the paradigm I "comprehensive health planning" and partially with the paradigm II "strategies and health targets", not yet incorporating the main elements of the paradigm III "health governance". It was also shown that the analytical *framework* resulting from the conceptual review elaborated in study I, proved to be adequate in the analysis of the Portuguese situation at both national and local levels.

Though in reality, elements of the different paradigms in the identified periods may exist, being their frontiers hard to establish, the identification of prevailing paradigms has proved to be useful as an intellectual tool, to highlight the main characteristics of the different approaches and to extract useful indications for the improvement of change management processes at different levels.

Hence, although the results of these studies are essentially retrospective, they provide the concepts and action mechanisms that allow us to follow the evolution of the Portuguese situation prospectively in this subject. It is also suggested that further research should be done to follow up on the incorporation of these concepts and action mechanisms into the evolution of the change management process to improve the health of the Portuguese population.

<b>AGRADECIMENTOS</b>	
<b>RESUMO</b>	<i>i</i>
<b>ABSTRACT</b>	<i>vii</i>
<b>Índice de Figuras</b>	<i>xv</i>
<b>Índice de Quadros</b>	<i>xv</i>
<b>Siglas e abreviaturas</b>	<i>xvii</i>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>1. Saúde Pública: conceitos, evolução e abordagens</b>	<b>5</b>
1.1 Evolução da saúde pública	7
1.2 Saúde pública, sistema de saúde e serviços de saúde	9
1.3 Envolvimento participativo	11
1.4 Modelos de melhoria da saúde das comunidades	13
1.5 Desafios da saúde pública no século XXI	18
<b>2. Abordagens de gestão da mudança na saúde</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Planeamento da saúde</b>	<b>20</b>
2.1.1 Planeamento da saúde	21
2.1.2 Etapas do planeamento em saúde	21
2.1.3 Instrumentos do planeamento em saúde	26
2.1.4 Desafios do planeamento em saúde	27
<b>2.2 Pensamento estratégico</b>	<b>29</b>
2.2.1 Complexidade das políticas e dos sistemas de saúde	33
2.2.2 Pensamento estratégico na saúde	35
2.2.3 Instrumentos do pensamento estratégico na saúde	37
2.2.4 Desafios do pensamento estratégico na saúde	39
<b>2.3 Governança em saúde</b>	<b>40</b>
2.3.1 Governança	40
2.3.2 Governança em saúde	42
2.3.3 Dispositivos da ação de governança em saúde	45
2.3.4 Desafios da governança no século XXI	46
<b>PARTE II – ESTUDOS</b>	<b>48</b>
<b>Estudo I. Evolução da gestão da mudança nos sistemas de saúde no contexto europeu</b>	<b>50</b>

1. Enquadramento	50
2. Objetivos e metodologia	64
3. Apresentação de resultados	64
4. Discussão de resultados	80
5. Conclusões	83
<b>ESTUDO II. Evolução da gestão da mudança no sistema de saúde no contexto nacional em portugal continental</b>	<b>85</b>
1. Enquadramento	85
2. Objetivos e metodologia	87
3. Apresentação de resultados	89
4. Discussão de resultados	105
5. Conclusões	111
<b>ESTUDO III. Gestão da mudança no sistema de saúde de âmbito local em portugal continental</b>	<b>113</b>
1. Enquadramento	113
2. Objetivos e metodologia	122
4. Apresentação de resultados	125
5. Discussão de resultados	136
6. Proposta de <i>framework</i> para a governança local de saúde: elaboração e implementação de estratégias locais de saúde	141
<b>PARTE III – DISCUSSÃO CONJUNTA DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS</b>	<b>147</b>
<b>PARTE IV - CONCLUSÕES</b>	<b>166</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>175</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>201</b>
Anexo 1. Instrumentos de recolha de dados utilizados	201
Anexo 2. Resultados integrais	224
2.1 Análise documental da estratégia e planos nacionais de saúde	224
2.2 Análise documental dos planos locais de saúde	231
2.3 Resultados questionários: estatística descritiva	246

## Índice de Figuras

Figura n.º 1 - Áreas e funções-chave da saúde pública .....	6
Figura n.º 2 - Operações Essenciais em Saúde Pública (EPHOs) .....	7
Figura n.º 3 - Identificação das principais referências na evolução da colaboração intersectorial para a saúde .....	12
Figura n.º 4 - Modelo PRECEDE-PROCEED .....	15
Figura n.º 5 - As fases do modelo “PATCH” .....	16
Figura n.º 6 - As fases do modelo <i>MAPP</i> .....	17
Figura n.º 7 - Etapas clássicas no processo de planeamento em saúde .....	22
Figura n.º 8 - Componentes de um modelo de planeamento estratégico clássico .....	30
Figura n.º 9 - Matriz estratégica de Mintzberg .....	32
Figura n.º 10 - A complexidade dos sistemas de saúde .....	34
Figura n.º 11 - Matriz estratégica de Mintzberg adaptada .....	36
Figura n.º 12 - Do processo de planeamento tecnocrático ao processo dinâmico, flexível e de diálogo .....	38
Figura n.º 13 - Os princípios da boa governança .....	41
Figura n.º 14- Organização e âmbito dos estudos integrantes da tese .....	49
Figura n.º 15– Definição e implementação de programas de saúde baseados em metas .....	59
Figura n.º 16 - Quadro de referência: paradigmas de concepções e dispositivos de ação subjacentes à gestão da mudança nos sistemas de saúde .....	66
Figura n.º 17 - O sistema de saúde português .....	86
Figura n.º 18 - Evolução dos conceitos e dispositivos de ação referentes à gestão da mudança a nível nacional em Portugal Continental .....	90
Figura n.º 19 - Evolução da gestão da mudança a nível local em Portugal Continental .....	125
Figura n.º 20 – Modelo das estratégias locais de saúde .....	143

## Índice de Quadros

Quadro n.º 1 – Diferenças entre a abordagem da saúde pública e dos cuidados de saúde .....	11
Quadro n.º 2 - Metas de saúde health 2020 – A European policy <i>framework</i> and strategy for the 21st century .....	53
Quadro n.º 3 - Características dos planos e estratégias da saúde de âmbito nacional .	95
Quadro n.º 4 - Constrangimentos e obstáculos à operacionalização dos planos e estratégias de âmbito nacional .....	103
Quadro n.º 5 - Medidas e mecanismos para assegurar que os planos e estratégias de âmbito nacional respondem adequadamente às necessidades da população .....	105
Quadro n.º 6 – Perfil dos entrevistados .....	123
Quadro n.º 7 - Planos locais de saúde p/ região de saúde e p/ ACES .....	129
Quadro n.º 8 - Características dos planos locais de saúde .....	130

Quadro n.º 9 - Lista ordenada de obstáculos e constrangimentos ao desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde .....	133
Quadro n.º 10 – Lista ordenada de fatores facilitadores e iniciativas para o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde .....	135

## **Siglas e abreviaturas**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACS - Alto Comissariado da Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BCE - Banco Central Europeu

CCS - Conselho Clínico e de Saúde

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DALYs - *Disability Adjusted Life Years*

DE – Director Executivo

DGS - Direção-Geral da Saúde

DSS - Diagnóstico de Situação de Saúde

EPE- Entidade Pública Empresarial

EPHOs - *Essential Public Health Operations*

FMI - Fundo Monetário Internacional

GPEARI - Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

IP - Instituto Público

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MAPP- *Mobilizing for Action through Planning and Partnerships*

NACCHO - *National Association of County and City Health Officials*

NPM - New Public Management

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PATCH - *Planned Approach to Community Health*

PCCS - Presidente Conselho Clínico e de Saúde

PPPs - Parcerias Público Privadas

PLS - Plano Local de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

QALY- *Quality Adjusted Life Years*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA - Sociedade Anónima

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIARS - Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIGA - Sistema de Informação Geográfica

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UAG - Unidade Apoio a Gestão

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

ULS - Unidades Locais de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VIH - Vírus da imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

# INTRODUÇÃO

A saúde da população é influenciada por um vasto conjunto de fatores e interações relacionadas com as características genéticas, o ambiente, os estilos de vida e os serviços de saúde (Wilkinson; Marmot, 2003; Dias, 2011; Detels *et al.*, 2015).

O conceito mais abrangente de saúde pública define-a como ciência e arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços da sociedade organizada (Acheson, 1988). As quatro estratégias principais de saúde pública para influenciar a saúde são prevenir a doença e promover a saúde, melhorar os cuidados prestados e promover estilos de vida e comportamentos que melhorem a saúde e o controlo do impacto do ambiente nas pessoas. O objetivo último sempre foi e permanece a prevenção da doença e a promoção da saúde das comunidades (Breslow, 1999).

Uma das mais importantes responsabilidades da nova era da saúde pública consiste na definição da direção estratégica para os sistemas de saúde como um todo (Beaglehole *et al.*, 2004; Rechel; McKee, 2014). Os sistemas de saúde vão para além dos cuidados de saúde e incluem a prevenção das doenças, promoção da saúde e os esforços para influenciar outros setores que podem ter impacto na saúde (WHO, 2008).

Esta dissertação tem como finalidade geral desenvolver uma abordagem para a compreensão das questões conceituais e técnicas, subjacentes à gestão da mudança nos sistemas de saúde, com vista à identificação das suas limitações e à elaboração de indicações para a sua melhoria. No cerne da investigação, estão os conceitos, princípios e instrumentos relativos aos processos de melhoria da saúde das populações, emergentes das referências do planeamento em saúde, pensamento estratégico e governança em saúde.

A escolha desta problemática decorreu essencialmente da sinalização crescente na literatura profissional e científica, de constrangimentos, que são limitadores da mudança e carecem de estudo aprofundado. Designadamente, a estrutura tradicional dos planos, alicerçada em princípios anteriores ao reconhecimento da complexidade dos sistemas de saúde e a rápida evolução que caracteriza a sociedade moderna, fizeram emergir a discussão sobre as abordagens e dispositivos de ação para a melhoria da saúde da população assentes na governança em saúde e nos princípios da boa governança.

A designação de planeamento pode ser utilizada em diferentes âmbitos, abordagens e com diversos sentidos. Apesar de existirem diferentes definições, todas as abordagens do planeamento têm um elemento em comum, que consiste na preocupação com a tomada de decisão relacionada com o futuro (Green, 2007). De acordo com este autor, o planeamento em saúde consiste numa abordagem sistemática para atingir objetivos explícitos para o futuro através do uso apropriado e eficiente dos recursos, disponíveis no momento e no futuro.

O desenvolvimento do planeamento no setor da saúde verificou-se na década de 70 e 80. No entanto, em alguns países, o excesso de ênfase dado ao planeamento formal levou a que este se tornasse uma função burocrática. Nesta perspetiva, o planeamento torna-se um fim em si mesmo, ficando submergido pelo próprio processo, em detrimento do seu verdadeiro objetivo de melhoria da saúde através de mudanças estratégicas no setor da saúde (Green, 2007).

Tendo em consideração as dificuldades do planeamento, este foi sendo substituído pelas terminologias associadas ao pensamento estratégico. A definição mais abrangente de estratégia consiste no caminho que se segue, em ordem a assegurar a consecução de determinados objetivos (Mintzberg, 1987). O pensamento estratégico consiste em síntese, envolvendo intuição e criatividade. O resultado do pensamento estratégico é uma perspetiva integrada do sistema, uma visão não muito precisa e articulada de direção. As estratégias que lhe estão subjacentes emergem através de processos desorganizados de aprendizagem informal, que devem ser executadas pelos agentes sociais que estão profundamente envolvidos com as questões em análise (Mintzberg, 1994; 2007).

Na década de 90 emergiu a noção de governança. Este conceito enfatiza que as sociedades contemporâneas, e em constante mutação, não podem ser governadas da mesma forma que as sociedades tradicionais. A governança pode ser definida como uma forma flexível de poder político, processo coordenado e negociado entre diversos atores, públicos e privados, incluindo grupos sociais e instituições, com o objetivo de alcançar as metas coletivamente definidas (Le Galés, 2010; Defarges, 2010). De acordo com Graham, Amos e Plumptre (2003), a governança refere-se ao modo como os governos e outras organizações sociais interagem, como estes se relacionam com os cidadãos e como as decisões são tomadas num mundo complexo.

Dada a complexidade dos dilemas enfrentados pelos sistemas de saúde, cada vez mais é fundamental compreender a natureza complexa das sociedades, dos processos de formação de decisões coletivas, e dos meios para tomar tais decisões efetivamente aplicáveis. Neste sentido, é importante utilizar e adequar os instrumentos

às exigências do novo século e da nova saúde pública, de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde da população.

Assim, a reflexão sobre a evolução concetual e os dispositivos de ação, subjacentes à gestão da mudança nos sistemas de saúde, é fundamental para compreender a evolução e as características das diferentes abordagens, bem como para retirar ensinamentos e indicações úteis sobre estes processos.

Esta investigação constitui um contributo pertinente e inovador, na medida em que permitiu a identificação e caracterização de três paradigmas, a que correspondem três estádios de desenvolvimento dos conceitos e dispositivos de ação, no âmbito dos processos de mudança dos sistemas de saúde, com vista à melhoria da saúde da população.

Dada a complexidade da temática, optou-se por delimitar o período em análise, ao Pós- II Guerra Mundial até à atualidade, e realizar a análise em três níveis, designadamente a nível europeu (União Europeia), nacional (Portugal Continental) e local (correspondendo à delimitação geográfica dos Agrupamentos de Centros de Saúde).

Neste sentido, foram realizados três estudos. O estudo I analisa como evoluíram as principais conceções e dispositivos de ação da gestão da mudança nos sistemas de saúde, no contexto europeu do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade.

A partir deste estudo foi possível elaborar um quadro de referência analítico, para análise dos processos de mudança nos sistemas de saúde, com vista à elaboração de indicações úteis para as abordagens de melhoria da saúde das populações. Aplicou-se este quadro analítico tanto a nível nacional (estudo II) como a nível local (estudo III).

Esta dissertação está organizada em quatro partes. A parte I contém o enquadramento teórico, relativamente à evolução, princípios, metodologias e desafios da saúde pública, bem como os principais conceitos e dispositivos de ação subjacentes às abordagens de gestão da mudança nos sistemas de saúde, designadamente o planeamento em saúde, o pensamento estratégico e a governação em saúde.

A parte II contém os três estudos realizados. Cada estudo apresenta um pequeno enquadramento, objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Com base nos resultados obtidos, o terceiro estudo apresenta também uma proposta de instrumento de governança local de saúde, organizado através de estratégias locais de saúde.

A parte III contém a discussão conjunta dos resultados dos três estudos, e a parte IV corresponde às conclusões e considerações finais.

Nos anexos podem ser consultados os diferentes instrumentos de recolha de dados, os resultados integrais da análise documental dos planos nacionais e locais de saúde, bem como a análise da estatística descritiva dos resultados dos questionários.

# **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Saúde Pública: conceitos, evolução e abordagens**

O conceito de saúde pública caracteriza-se por uma grande diversidade de terminologias e interpretações. Porém, nos países ocidentais, a tendência consiste na adoção da definição abrangente de saúde pública, como a promoção de "esforços organizados da sociedade" suscetíveis de terem impacto sobre a saúde humana no sentido mais amplo (Colin, 2004).

De acordo com Acheson (1988), a saúde pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços da sociedade organizada. Segundo Detels e Breslow (2002), a saúde pública abrange o processo de mobilização e distribuição dos recursos a nível internacional, nacional e local para assegurar as condições em que as pessoas possam ser saudáveis.

As ações no âmbito da saúde pública são baseadas no conhecimento científico relativo aos fatores que influenciam a saúde e a doença. Designadamente, as ciências básicas da saúde pública são constituídas pela epidemiologia e a bioestatística, mas o seu uso efetivo depende também do conhecimento proveniente da biologia, medicina, demografia, ciências sociais e estatística (Detels; Breslow, 2002).

Do mesmo modo que ainda não existe um consenso sobre o significado da saúde pública, também não existe consenso sobre o seu papel (Kaiser; Mackenbach, 2008; Weil; McKee, 1998). Ainda existem diferentes entendimentos sobre as tarefas e os limites dos serviços de saúde pública, e verificam-se grandes diferenças no papel da saúde pública entre diferentes países (Aluttis *et al.*, 2013).

Na generalidade, as principais responsabilidades da saúde pública como especialidade da medicina estão relacionadas com a vigilância da saúde da população, a identificação das necessidades de saúde, o fomento de políticas que promovam a saúde e avaliação dos serviços de saúde, bem como o planeamento e coordenação de medidas de promoção e manutenção da saúde (Acheson, 1988).

A saúde pública identifica, mede e monitoriza as necessidades e evolução da saúde ao nível local, nacional e global, através da vigilância das doenças e dos fatores de

risco. A análise da evolução da saúde e a existência de um sistema de informação funcional fornecem a informação essencial para prever e antecipar as necessidades de saúde futuras de uma comunidade. Porém, para melhorar a saúde da população é necessário formular, promover e reforçar as políticas de prevenção e controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como as de redução da prevalência de fatores de risco para a saúde. A influência das políticas e ações a nível global, nacional e local constitui uma das funções essenciais da saúde pública (Detels *et al.*, 2015).

A OMS Europa (WHO, 1999b) identificou as áreas e funções chave da saúde pública. Estas podem ser resumidas: na compreensão da saúde e da doença; na medição do estado de saúde; numa apropriada vigilância e controlo da doença; na promoção da saúde e do bem-estar; na avaliação e melhoria dos resultados em saúde; no trabalho intersetorial e colaborativo. Estas áreas definem o papel da saúde pública num sistema de saúde que inclui os cuidados de saúde e assegura que as decisões apropriadas são tomadas (Holland, 2002).

O CDC desenvolveu uma taxonomia de práticas de saúde pública no âmbito das três funções da saúde pública: avaliação; desenvolvimento de políticas; e garantia de serviços de saúde acessíveis, disponíveis e de qualidade, conforme se pode observar na figura n.º 1 (Oberle; Baker; Magenheimer, 1994).

Figura n.º 1 - Áreas e funções-chave da saúde pública

<b>Avaliação das necessidades de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar as necessidades de saúde da comunidade</li> <li>• Investigar os efeitos e riscos para a saúde da comunidade</li> <li>• Analisar os determinantes das necessidades de saúde identificadas</li> </ul>
<b>Desenvolvimento de políticas de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer a advocacia da saúde pública, construir alianças e identificar recursos na comunidade</li> <li>• Estabelecer prioridades entre necessidades em saúde</li> <li>• Desenvolver planos e políticas para responder às necessidades prioritárias de saúde</li> </ul>
<b>Garantir serviços de saúde acessíveis, disponíveis e de qualidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir recursos e desenvolver estruturas organizacionais</li> <li>• Implementar programas</li> <li>• Avaliar programas e garantir a qualidade</li> <li>• Informar e capacitar a população</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Oberle, Baker, Magenheimer, 1994.

Em 2011, através da resolução EUR/RC61/R2 sobre o reforço das capacidades e serviços de saúde pública na Europa, o Comité Regional da OMS para a Europa, na sua 61ª sessão, aprovou o desenvolvimento de um plano de ação europeu. Nesse

plano foram identificadas 10 funções essenciais em saúde pública, designadas “essential public health operations – EPHOs” (figura n.º 2), em consulta com os Estados Membros (WHO, 2012a).

Figura n.º 2 - Operações Essenciais em Saúde Pública (EPHOs)

1. Vigilância da saúde e do bem-estar da população;
2. Monitorização e resposta a riscos para a saúde e emergências;
3. Proteção da saúde, incluindo a nível ambiental, ocupacional, segurança alimentar e outras;
4. Promoção da saúde, incluindo ações que visem os determinantes sociais e as desigualdades em saúde;
5. Prevenção de doenças, incluindo a deteção precoce das doenças;
6. Garantia da governança para a saúde e o bem-estar;
7. Garantia de uma força de trabalho de saúde pública suficiente e competente;
8. Garantia de estruturas organizacionais e financiamento sustentáveis;
9. Advocacia, comunicação e mobilização social para a saúde;
10. Investigação em saúde pública para informar as políticas e práticas.

Fonte: WHO, 2012a.

As EPHO número 1, 2, 3, 4 e 5 referem-se aos principais serviços de saúde pública, enquanto as EPHO número 6, 7, 8, 9 e 10 se referem a temas abrangentes que se aplicam em geral, e que permitem a abordagem das restantes. Assim, estas operações não se destinam a ser traduzidas em dez serviços separados, mas podem ser adaptadas de acordo com diferentes configurações e abordadas de forma agrupada.

Dada a multiplicidade de intervenções e funções de saúde pública, habitualmente estas não são desempenhadas por uma única entidade. Pelo contrário, a prestação de atividades de saúde pública na Europa é caracterizada por uma diversidade de atores de ambos os setores público e privado, incluindo agências dedicadas de saúde pública, institutos de saúde pública, outras agências estatais que trabalham em saúde pública, organizações estatais fora do sistema de saúde, profissionais de saúde e organizações não-governamentais (Rechel; McKee, 2014).

### 1.1 Evolução da saúde pública

A saúde pública autonomizou-se como disciplina no final do século XIX e a maioria dos países desenvolvidos solidificou uma rede de profissionais de saúde pública ao

nível local e municipal, nomeadamente o “*Kreisartz*” na Alemanha, o “*officier de santé*” em França e “*the medical officer of health*” na Grã-Bretanha. Cada vez mais, estes profissionais começaram a trabalhar integrados hierarquicamente em instituições nacionais, a quem reportavam as condições de saúde locais e recebiam orientações técnicas. Na metade da década de 1870, muitos médicos do setor público foram especificamente treinados e certificados para o trabalho de saúde pública (Hamlin, 2002).

No século XIX e início do século XX, os problemas de saúde refletiam essencialmente a contaminação da água, a desnutrição, a aglomeração e exaustão associada ao começo da industrialização. Estas condições resultaram numa elevada prevalência de tuberculose, infeções, mortalidade infantil e doenças respiratórias agudas (Detels; Breslow, 2002).

Nas décadas após a segunda guerra mundial verificou-se uma transição no foco da saúde pública e na expectativa das populações. Nos países desenvolvidos, as doenças infecciosas reduziram, tendo sido controladas através das imunizações, dos antibióticos e do controlo epidemiológico e ambiental. Na declaração da missão da Organização Mundial de Saúde, fica expresso “que a saúde e o bem-estar são um direito de todas as pessoas”, bem como a obrigação dos estados de garantir esse direito às populações (Hamlin, 2002).

Em 1974, a publicação do Relatório Lalonde – “*A New Perspective on the Health of Canadians*” - marca a redefinição do âmbito Saúde Pública, para uma perspetiva mais extensa e integrada. Este relatório evidencia que, para melhorar a saúde das populações é necessário ir para além da perspetiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os grupos de risco, a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde (Lalonde, 1974).

No Canadá, na cidade de Ottawa realizou-se a primeira conferência internacional referente à promoção da Saúde, onde foram emanadas as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000, a promoção da saúde mediante a adoção, por parte de todos os países, de estilos de vida salutareos. (WHO, 1986). Este movimento - *As Metas da Saúde para Todos*- advém dos progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os Cuidados de Saúde Primários e procura estabelecer um debate sobre a ação intersectorial para a promoção da saúde (WHO, 1981). Dois dos principais pilares da Carta de Ottawa referem-se exatamente à necessidade de “reforçar as

ações na comunidade” e de “capacitar as pessoas” para poderem tomar decisões inteligentes sobre a sua saúde.

Como as circunstâncias de vida e o modo de vida determinam largamente a saúde, desde o seu início, a saúde pública “abraçou” tanto a ação social como o conhecimento científico. Esta parceria significou interligar o movimento anti pobreza com as descobertas das investigações epidemiológicas e bacteriológicas, como por exemplo, combater doenças como a tuberculose e a febre tifoide. Atualmente, no início do século XXI, estes problemas persistem em muitas partes do mundo, mas outro conjunto de problemas incluindo novas doenças infecciosas e muitas doenças - não transmissíveis confrontam o Reino Unido, o Japão, os Estados Unidos e outras nações não industrializadas, emergindo também como doenças importantes em muitos países em vias de desenvolvimento.

Estas doenças não-transmissíveis estão associadas a um conjunto de fatores como uma dieta pouco adequada, ao tabaco, ao consumo excessivo de álcool, pouca atividade física e outras condições que tipificam o modo de vida das pessoas atualmente. Nos países em vias de desenvolvimento, as doenças transmissíveis continuam como principais causas de morte. No entanto, cada vez um número mais elevado de pessoas nesses países, está atualmente a começar a sofrer dos mesmos problemas de saúde e das mesmas consequências que as pessoas dos países desenvolvidos (Detels *et al.*, 2015).

O que diferencia a nova saúde pública da abordagem tradicional é a maior importância atribuída à descrição e análise dos determinantes da saúde e aos métodos de abordagem dos problemas, como a necessidade de mobilizar recursos e de fazer investimentos significativos em políticas, programas e serviços que criem consistência e sinergias para a manutenção e proteção da saúde. Para isso, são necessárias novas competências profissionais e investimento dos vários setores da sociedade (Loureiro; Miranda, 2010; 2016).

## **1.2 Saúde pública, sistema de saúde e serviços de saúde**

Um princípio unificador da saúde pública é a sua natureza essencialmente "pública" e o facto de se concentrar principalmente na saúde de toda a população. A saúde pública pode ser entendida como um aspeto fundamental do sistema de saúde em

geral e pode desempenhar um papel importante na melhoria da eficácia e eficiência da resposta do sistema de saúde (WHO, 2012a).

A saúde pública adota uma perspectiva abrangente, focando as suas ações em muitos determinantes da saúde para melhorar e manter a saúde da população e bem-estar. Embora os cuidados de saúde estejam incluídos nos determinantes da saúde, esta perspectiva não se restringe a estes. Assim, os cuidados de saúde detêm um impacto limitado na saúde da população, comparativamente a outros determinantes, tais como os hábitos de vida (Glouberman; Millar, 2003; WHO, 1986).

De acordo com a Carta de Tallinn (WHO, 2008), dentro do quadro político e institucional de cada país, um sistema de saúde é “o conjunto de todas as organizações, instituições e recursos públicos e privados mandatados para melhorar ou restaurar a saúde. Os sistemas de saúde abrangem serviços pessoais e populacionais, bem como atividades para influenciar políticas e ações de outros setores para abordar os determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde”.

O setor dos cuidados de saúde é composto por recursos profissionais, institucionais e outros que estão estruturados para fornecer bens e serviços à população, com o objetivo de melhorar a saúde (Pineault; Lessard 1984). Neste sentido, a sua preocupação principal consiste em satisfazer as necessidades dos indivíduos que procuram cuidados. Isto envolve o planeamento de acordo com a oferta e procura: a produção modifica-se de acordo com a procura e a procura é influenciada pela oferta eficaz dos serviços. Os serviços de saúde são geridos de acordo com as lógicas de gestão e administração, sendo a perspectiva organizacional dominante (Pineault; Daveluy, 1995).

Historicamente, este planeamento de serviços tem maioritariamente como alvo os utilizadores. Assim, as necessidades dos não-utilizadores têm sido tradicionalmente consideradas inadequadamente, e o planeamento de base populacional não tem sido proeminente. No quadro n.º 1, explicitam-se algumas diferenças entre a abordagem da saúde pública e dos serviços de saúde (Breton *et al.*, 2009).

Quadro n.º 1 – Diferenças entre a abordagem da saúde pública e dos cuidados de saúde

Saúde Pública	Abordagem	Serviços de Saúde
População de um território (utilizadores e não utilizadores de serviços de saúde)	Foco	Utilizadores dos serviços
Melhorar a saúde da população de um território a médio e longo prazo	Objetivo	Melhorar a saúde dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde, no momento que estes precisam
Foco na prevenção, promoção e proteção	Serviços	Foco no diagnóstico e nos serviços curativos
Profissionais de saúde pública e vários <i>stakeholders</i> intersetoriais	<i>Stakeholders</i>	Profissionais de saúde, gestores/administradores
Visão prospetiva, antecipa os problemas	Temporalidade	Baseados no histórico, reatividade aos problemas
Efetividade de base populacional	Tipo de efetividade	Efetividade clínica e utilização

*Fonte: adaptado de Breton et al., 2009*

Em muitos países a saúde pública tem evoluído em paralelo com os serviços de saúde, com pouca interação entre estes (Lévesque; Bergeron, 2003). Neste sentido, é necessário mudar o processo de planeamento baseado na prestação de serviços individuais, para um processo de planeamento direcionado para a comunidade. Esta perspetiva introduz a noção de território no processo de planeamento. O planeamento não deve responder somente às necessidades dos utilizadores dos serviços, mas também considerar as necessidades de indivíduos ou grupos que, por uma variedade de razões, atualmente não utilizam os cuidados de saúde para satisfazer as suas necessidades.

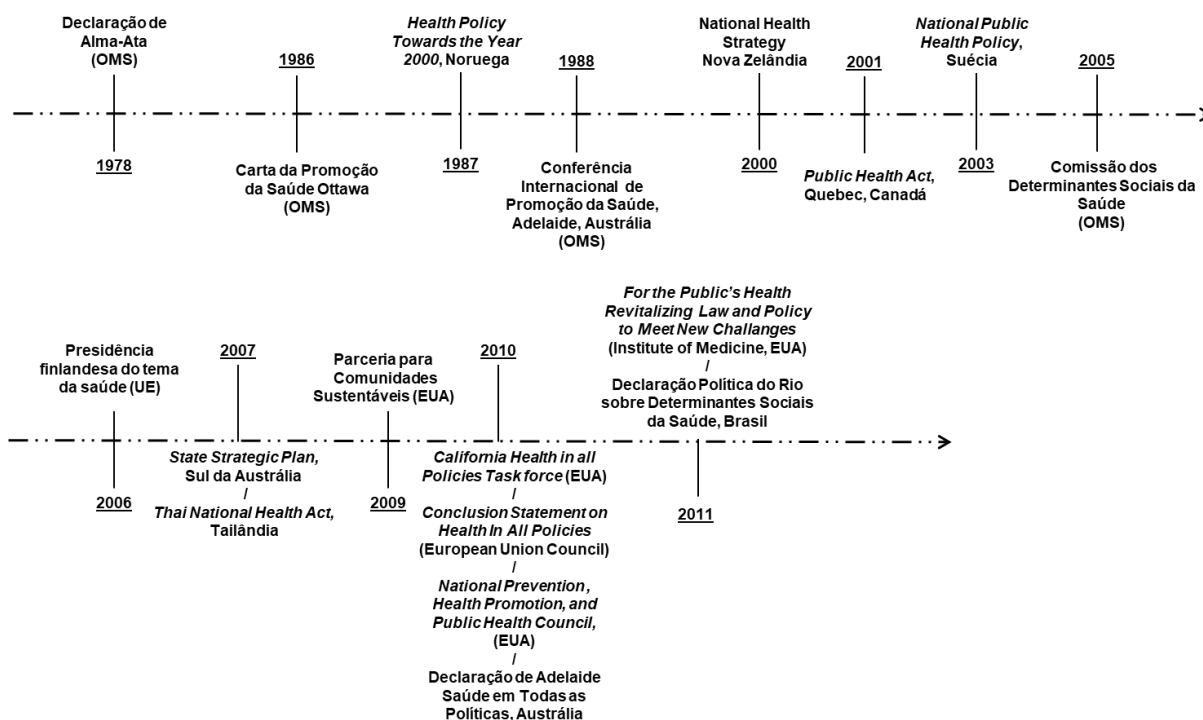
### 1.3 Envolvimento participativo

O sucesso das ações de saúde pública depende de uma estreita interação com a sociedade que vai muito além do setor da saúde e dos serviços de saúde. Neste sentido, os profissionais de saúde pública não devem trabalhar unicamente nas suas próprias organizações, mas também devem promover e desenvolver redes em todos os setores, resolvendo conflitos de interesses quando estes surgem. O objetivo final consiste na mobilização de recursos financeiros, intelectuais ou humanos para a saúde pública, incluindo a ação em outros setores (Rechel; Mckee, 2014).

A importância da participação da sociedade civil e da articulação de atores sociais nas ações voltadas para a melhoria da saúde das populações são destacadas na

literatura, no que diz respeito à cooperação na sociedade para a saúde, através de parcerias, cooperação ou colaboração. A figura n.º 3 ilustra as principais referências na evolução histórica nos últimos 40 anos referentes à colaboração intersetorial para a saúde.

Figura n.º 3 - Identificação das principais referências na evolução da colaboração intersetorial para a saúde



Fonte: Rudolph, et al., 2013.

A literatura mostra que trabalhar em conjunto consiste cada vez mais em trabalhar em redes complexas e não entre dois sistemas ou setores hierárquicos claros. Implica ligar diversas áreas políticas, campos profissionais, disciplinas académicas, níveis de governo (do local ao nacional) e setores da sociedade como o público, privado e sociedade civil (Leppo *et al.*, 2013; Kickbusch; Buckett, 2010; Ståhl *et al.*, 2006).

Uma sociedade civil ativa na vida pública constitui um elemento essencial da democracia, sendo fundamental para a boa governança e para o desenvolvimento participativo, contribuindo deste modo para a transparência das ações e para a acumulação de capital social. Segundo estudos recentes, o capital social é composto por um conjunto de fatores de natureza cultural que aumenta a propensão dos atores sociais para a colaboração e para empreender ações coletivas, que facilitam a

construção de consensos básicos entre os atores sociais que são essenciais para o desenvolvimento.

A construção de coligações, alianças e redes são um pré-requisito vital para a consecução dos objetivos de saúde pública; porém, muitas vezes, estas exigem soluções de compromisso. Um dos grandes desafios será conseguir um equilíbrio adequado na propriedade, alocação de recursos, responsabilização e implementação (Rechel; Mckee, 2014).

As parcerias de sucesso apoiam-se nos pontos fortes e nos recursos da comunidade para se adaptar às normas culturais específicas da comunidade. Seifer, citado por Shalowitz *et al.* (2009), identificou doze características comuns de parcerias de sucesso, nomeadamente: as relações de confiança; os processos e procedimentos equitativos; a diversificação de membros; os benefícios tangíveis a todos os parceiros; o equilíbrio entre o processo de parceria, atividades e resultados; o envolvimento significativo da comunidade na pesquisa; as políticas organizacionais de apoio e estruturas de recompensa; a liderança em vários níveis; o pessoal culturalmente competente e devidamente qualificado; a divulgação colaborativa; a avaliação e melhoria contínua da parceria; e o impacto sustentável.

#### **1.4 Modelos de melhoria da saúde das comunidades**

Uma comunidade é comumente designada como sendo uma área geográfica com limites específicos. Porém, no âmbito da saúde comunitária, uma comunidade é um grupo de pessoas que têm características comuns e que podem ser definidas por áreas geográficas, etnias, grupos sociais, idade, problemas específicos, interesses ou vínculos (Brito, 2007).

Nos últimos 25 anos, têm sido desenvolvidos vários modelos de identificação de necessidades e planeamento da saúde das comunidades, de educação em saúde e de programas de desenvolvimento. Um processo de planeamento de melhoria da saúde da comunidade utiliza dados do diagnóstico de saúde da comunidade para desenvolver e implementar estratégias de ação e estabelece a responsabilização para garantir um desenvolvimento de saúde efetivo. Um processo de planeamento de melhoria da saúde da comunidade pretende ir para além do desempenho de uma organização individual, para servir um segmento específico de uma comunidade, de modo que as atividades de muitas organizações contribuam para a melhoria da saúde da comunidade (NACCHO, 2009).

Alguns modelos de planeamento de saúde pública são dirigidos a estratégias de saúde pública abrangentes, enquanto que outros estão focados no planeamento para um determinado problema de saúde pública, como o planeamento para o controlo das doenças oncológicas ou do abuso de substâncias. Neste âmbito, alguns dos modelos mais difundidos são o modelo *PRECEDE-PROCEED* (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation- Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*); o *MAPP* (*Mobilizing Action through Planning and Partnership*); o *PATCH* (*Planned Approach to Community Health*); e o *CHIP* (*Community Health Improvement Program*) (NACCHO, 2009).

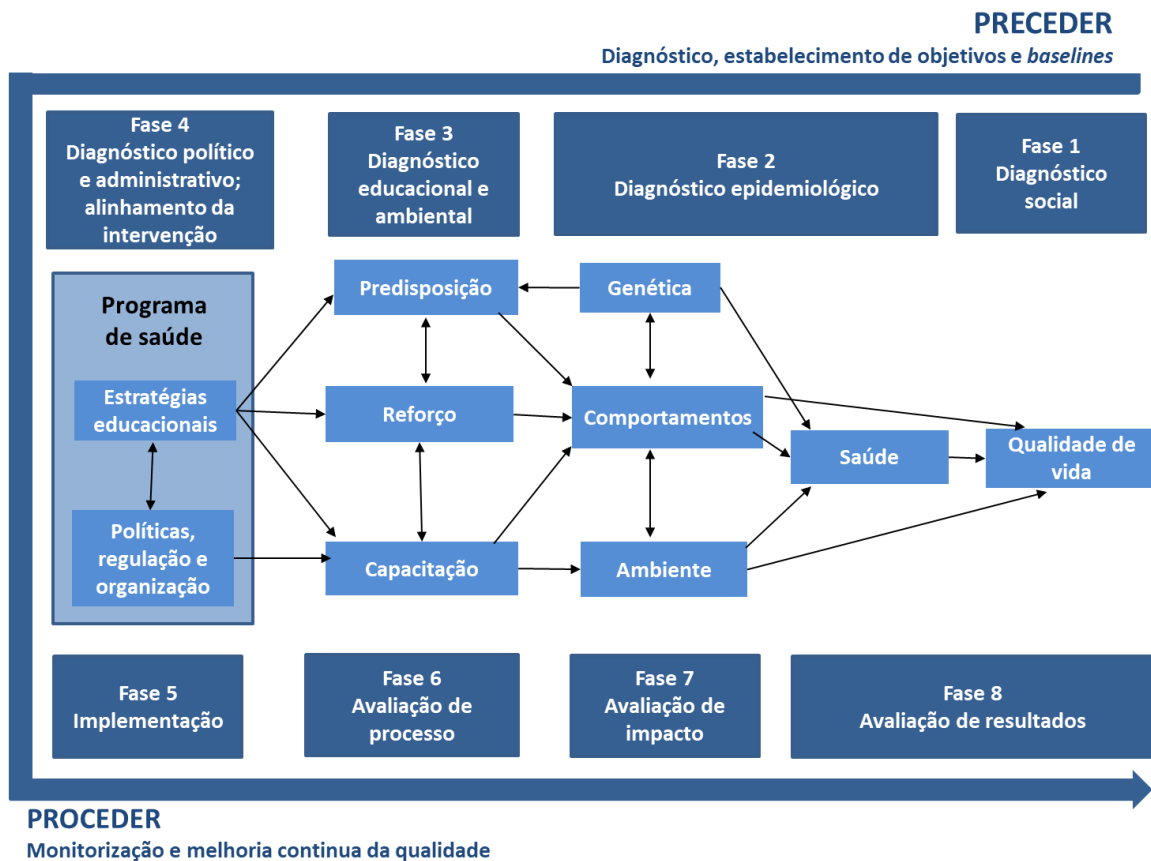
#### **1.4.1 Modelo PRECEDE – PROCEED**

Este é um dos modelos de referência no planeamento da saúde, existindo muitos exemplos da sua aplicação a nível mundial (Ying *et al.*, 2009). Foi desenvolvido nas décadas de setenta e oitenta por Green e os seus princípios preconizam a identificação prévia do resultado desejado, e as causas do resultado desejado, antes da implementação de uma solução. Assenta em intervenções baseadas na comunidade, com a mobilização e colaboração dos destinatários dos programas, incorporando a sua visão e valores no processo de gestão da mudança (Loureiro; Miranda, 2016).

Assim, este modelo consiste num processo de avaliação e planeamento de promoção da saúde, em que as comunidades "precedem", definindo o resultado desejado e desenvolvendo avaliações sociais, epidemiológicas, educacionais, ecológicas, administrativas e de políticas para identificar causas de problemas de saúde. Depois, "procedem" com intervenção e avaliação (Green; Kreuter, 1991).

As componentes e etapas deste modelo são identificadas em baixo e ilustradas na figura n.º 4.

Figura n.º 4 - Modelo PRECEDE-PROCEED



Fonte: Green; Kreuter, 2005.

#### 1.4.2 Abordagem Planeada à Saúde Comunitária (*PATCH*)

Desenvolvido pelo CDC, em 1983, foi construído para planear, executar e avaliar programas de promoção da saúde e prevenção da doença. Combina princípios da participação da comunidade com os do diagnóstico epidemiológico.

O sucesso deste modelo está ligado ao **envolvimento** ativo dos membros da **comunidade** no processo; ao **tempo**; aos **recursos**; à **metodologia**; à **recolha e tratamento da informação**; na **orientação** do desenvolvimento do programa; e no fortalecimento da **coesão entre os atores chave** das organizações envolvidas (US. Department of Health and Human Services, 2009). As fases deste modelo são ilustradas na figura n.º 5.

Figura n.º 5 - As fases do modelo “PATCH”



Fonte: US. Department of Health and Human Services, 2009.

#### 1.4.3 Mobilizar para a Ação através do Planeamento e Parcerias (MAPP)

Desenvolvido pelo *National Association of County and City Health Officials* (NACCHO) com o CDC é uma ferramenta de planeamento estratégico para melhorar a saúde da comunidade. Facilitada pela liderança da saúde pública, esta ferramenta ajuda as comunidades a priorizar problemas de saúde pública, bem como a identificar os recursos e soluções para minimizá-los. A figura n.º 6 ilustra as diferentes etapas do modelo *MAPP*.

O envolvimento comunitário é o componente fundamental do *MAPP*. A participação da comunidade leva a um pensamento coletivo e, em última análise, resulta em soluções eficazes e sustentáveis para problemas complexos (NACCHO; CDC, 2009).

Figura n.º 6 - As fases do modelo MAPP



Fonte: NACCHO; CDC, 2009.

Os elementos comuns a estes diferentes modelos incluem os seguintes passos: preparar e planear; envolver a comunidade; desenvolver um objetivo ou visão; realizar o diagnóstico da saúde da comunidade; executar a priorização das questões de saúde; desenvolver um plano de melhoria da saúde da comunidade; implementar um plano de melhoria da saúde da comunidade; e avaliar e monitorizar os resultados (NACCHO; CDC, 2009).

A disponibilidade de diferentes abordagens fornece aos profissionais de saúde pública a flexibilidade para conciliar o modelo apropriado com o objetivo pretendido, bem como a utilização de um modelo que se encaixa dentro das normas e expectativas de uma organização e que reúne a aceitação da comunidade envolvida. Os planos também podem ser desenhados utilizando mais de um modelo. A possibilidade de combinar elementos de diferentes modelos oferece uma maior flexibilidade no desenho do plano, mas também origina a necessidade de um instrumento de avaliação que permanece fiável através do corpo diverso e expansão do âmbito dos planos de saúde pública (NACCHO; CDC, 2009).

## 1.5 Desafios da saúde pública no século XXI

O âmbito da saúde pública na Europa evoluiu nas últimas décadas, de um foco em vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis para uma "nova" saúde pública, focada na promoção da saúde, prevenção de doenças e ação intersetorial, cada vez mais enfatizando a importância das intervenções exteriores ao sistema de saúde. Os desafios atuais prendem-se em grande parte com o envelhecimento da população, o aumento da prevalência das doenças crônicas, as doenças emergentes, as desigualdades em saúde e as alterações climáticas (Rechel; McKee, 2014).

Os problemas de saúde da população são multifacetados e profundamente enraizados, exigindo políticas e intervenções de saúde robustas para enfrentá-los. A magnitude e sucesso dos esforços de saúde pública variam de acordo com o local, o período de tempo, assim como com as diferentes áreas do mundo. No entanto, os princípios da saúde pública são os mesmos. As ações a realizar devem ser determinadas pela natureza e magnitude dos problemas que afetam a saúde da comunidade. Deste modo, o que pode ser feito vai ser determinado pelo conhecimento científico, recursos disponíveis, situação social e política existente nesse local e nesse período de tempo.

A previsão, criatividade e abertura a soluções inovadoras ajudarão a estabelecer uma visão para o futuro da saúde pública, os seus desafios e as ferramentas necessárias para enfrentá-los. Finalmente, a experiência, a sabedoria, a coragem e as competências das pessoas ajudam os líderes de saúde pública a envolver e capacitar outras pessoas na realização de uma missão comum (Rowitz, 2009). Deste modo, a aprendizagem terá de ser baseada nas experiências dos profissionais que trabalham na saúde e para além desta, ao nível local, nacional e internacional (Goodwin, 2007).

É preciso fazer acontecer. Existe uma lacuna em "saber-fazer" (WHO, 2005), entre o conhecimento e a sua aplicação, entre o desenho e a implementação (Nichols *et al.*, 2009). A formulação de políticas pode ser um processo muito complexo que envolve uma variedade de agentes a diferentes níveis com agendas diferentes e níveis de influência. As diferentes trajetórias históricas e estruturas institucionais importam, mas o mesmo acontece com os atores, ideias e ideologias. Para ser bem-sucedida, a saúde pública necessita de desenvolver uma liderança estratégica, bem como processos de construção de coligação e de *lobby* a nível local, nacional e internacional.

## **2. Abordagens de gestão da mudança na saúde**

A literatura sobre gestão da mudança reflete dois modelos principais: a planeada e a emergente (Antwi; Kale, 2014; Javanparast *et al.*, 2018).

A origem da abordagem planeada é atribuída a Kurt Lewin, com o modelo dos três passos: descongelamento, movimento e recongelamento. A mudança planeada coloca a ênfase no papel dos gestores e formuladores de políticas, no desenvolvimento de objetivos e estratégias. Assim, essa abordagem pode diminuir a contribuição dos outros atores no processo de mudança (Javanparast *et al.*, 2018).

A abordagem emergente é um processo contínuo, menos direcionado e dirigido centralmente, mais participado pelos diferentes atores, no qual os líderes se tornam facilitadores, em vez de controladores do processo. Deste modo, promove o conhecimento aprofundado da estratégia, sistemas, estrutura, pessoas e cultura, que podem constituir fatores facilitadores ou dificultadores de um processo de mudança bem-sucedido (Burnes, 1996; Martins, 2012).

Os fatores externos como a economia, clima político e social; ou internos como o poder relativo dos diferentes grupos de interesse, a distribuição do conhecimento e o clima de incerteza influenciam significativamente a gestão da mudança (Iles; Sutherland, 2001).

Das referências clássicas de gestão da mudança a nível organizacional, podem-se salientar as dimensões da mudança de Pettigrew (Pettigrew; Whipp, 1991), a teoria do caos (Lorenz, 1995), a teoria da contingência (Fieldler, 2005), a resistência à mudança (Kotter; Schlesinger, 1979), a inovação disruptiva (Christensen, 1997), a gestão da mudança (Mintzberg; Fredrickson, 1990) e a gestão do conhecimento (Parcell; Collin, 2009).

A análise da gestão da mudança no âmbito dos sistemas de saúde, numa perspectiva de base populacional, tem de recorrer a um amplo e diversificado conjunto de referências teóricas abrangentes, bem como a referências técnicas mais específicas emergentes no âmbito dos sistemas de saúde e das organizações de saúde (Antwi; Kale, 2014).

As principais referências teóricas mais abordadas no âmbito da gestão da mudança nos sistemas de saúde, no que diz respeito à organização da ação referente à proteção e promoção da saúde das populações são: o planeamento em saúde; o

pensamento estratégico e as estratégias de mudança baseadas em metas; e a boa governança.

Neste sentido, na impossibilidade de aprofundar sistematicamente todas as referências teóricas e conceituais, e de acordo com os objetivos definidos desta dissertação, optou-se por desenvolver os principais conceitos, princípios e instrumentos do planeamento em saúde, do pensamento estratégico e da governança em saúde.

## **2.1 Planeamento da saúde**

O termo planeamento pode ser utilizado em diferentes âmbitos, abordagens e com diversos sentidos. Apesar de existirem diferentes definições, todas as abordagens do planeamento têm um elemento em comum, que consiste na preocupação com a tomada de decisão relacionada com o futuro. Nesta perspetiva, o planeamento não se restringe às organizações (Green, 2007).

No século XX, o planeamento, enquanto disciplina de conhecimento formal e especializado, surgiu a par do crescimento da dimensão e complexificação das empresas, que passaram a necessitar que as decisões acerca do futuro fossem tomadas, de uma forma mais coerente e explícita. O surgimento do planeamento económico estatal, iniciado na ex-União Soviética, com a tentativa de criar uma economia baseada em planos económicos nacionais, também motivou um grande desenvolvimento no planeamento de âmbito estatal e no planeamento burocrático (Green, 2007).

A segunda guerra mundial levou também ao aparecimento de um controlo centralizado em alguns países como o Reino Unido, devido à falta de mantimentos e das necessidades próprias de países em estado de guerra (Green, 2007).

Após a guerra, a reconstrução da Europa requereu também muito a intervenção estatal na economia dos países europeus. Neste âmbito, as políticas referentes ao estado social vieram garantir a provisão de serviços sociais como a saúde e a educação, no entanto não resultaram em estruturas de planeamento explícitas. Nas décadas de 50 e 60, a independência das colónias conferiu um novo ímpeto e necessidade, ao desenvolvimento de estratégias claras para o desenvolvimento económico (Green, 2007).

### **2.1.1 Planeamento da saúde**

Em muitos países de médio e baixo rendimento, o início do planeamento de saúde remonta a 1970, onde ocorreu uma transição do pensamento económico para objetivos sociais, incluindo a saúde (Green, 2007).

De acordo com Durán (1989), o planeamento da saúde consiste no “processo que a administração da saúde em conjunto com a população leva a cabo, para conseguir em áreas e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição”.

Imperatori e Giraldes (1993) enfatizam que “o planeamento em saúde vai para além do planeamento dos serviços de saúde e requer uma análise multisetorial da comunidade, a coordenação entre os vários níveis de planeamento (local, regional e central), bem como o envolvimento de todos os setores económicos e sociais que condicionam a saúde da população”.

Segundo Tavares (1992), o planeamento da saúde é um auxiliar na tomada da decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, que são sempre escassos seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado. De acordo com Green (2007), “o planeamento é uma abordagem sistemática para atingir objetivos explícitos para o futuro através do uso apropriado e eficiente dos recursos, disponíveis no momento e no futuro”.

Os elementos-chave destas definições consistem nos objetivos (onde queremos ir), nos recursos (com o quê), como (implementação apropriada e eficiente), quando (no futuro), e no grau de formalização do processo (explicitação, sistematização e metodologia).

### **2.1.2 Etapas do planeamento em saúde**

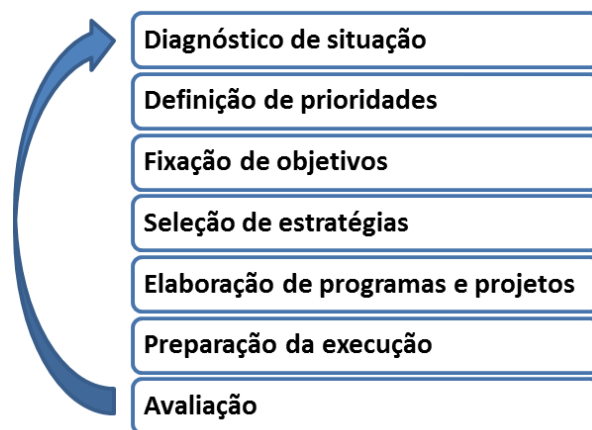
O modo como o planeamento é desenvolvido reflete uma variedade de fatores. Estes incluem a estrutura organizacional, os objetivos e missão das organizações, o poder relativo dos diferentes grupos, assim como os seus próprios objetivos, o clima político e ideológico do país e a relação entre a organização e os seus utilizadores ou consumidores.

O planeamento é constituído por um conjunto previsto de ações destinadas a lidar com um problema ou problemas. Usualmente, estas incluem as seguintes etapas, que são cíclicas ou em espiral:

1. Identificação dos problemas; análise da comunidade; análise da situação de saúde da população e do sistema de intervenção;
2. Seleção de metas e identificação de grupos-alvo;
3. Seleção de intervenções;
4. Implementação de intervenção;
5. Acompanhamento e avaliação (Birt; Foldspang, 2011).

Através da figura n.º 7, sintetizam-se as etapas clássicas do planeamento em saúde.

Figura n.º 7 - Etapas clássicas no processo de planeamento em saúde



Fonte: Tavares, 1992; Imperatori e Giraldes, 1993.

### **Diagnóstico de situação de saúde**

Habitualmente, o diagnóstico da situação representa a primeira etapa num processo de planeamento (Tavares, 1992). Esta etapa permite a identificação de necessidades de saúde e as desigualdades numa dada população, constituindo uma ferramenta poderosa para informar o processo de planeamento (Pallant, 2002).

Um problema de saúde é um estado de saúde que o indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade considera deficiente, em comparação com padrões subjetivos e implícitos ou padrões objetivos e explícitos. Uma necessidade de saúde revela, em algum momento, uma lacuna entre uma situação desejada e uma situação de saúde atual, geralmente como parte de uma abordagem de planeamento (Pineault, 2012).

A identificação das causas e avaliação prognóstica dos problemas pode contribuir para uma adequada formulação estratégica das intervenções necessárias (Tavares, 1992).

Deste modo, o diagnóstico deve ser uma descrição quantitativa, incluindo indicadores do âmbito sociodemográfico, sanitário (mortalidade, morbilidade, fatores de risco,

incapacidade e fatores protetores), utilização dos serviços de saúde, assim como recursos humanos, materiais e financeiros. O reforço da cadeia de informação contribui para um corpo de conhecimento sólido, que vai auxiliar as etapas subsequentes do processo de planeamento (Portugal. MS. ARSLVT, 2015). Este pode recorrer também a diversos métodos e técnicas de identificação de problemas e necessidades como inquéritos, *brainstorming*, *brainwriting*, técnica de grupo nominal e informadores-chave.

Assim, a análise da situação de saúde compreende o conjunto dos fatores e determinantes pertencentes ao enquadramento jurídico e económico-social que pode ter influência na saúde da população (Chatora, Tumusiime, 2004). Porém, é fundamental não realizar longas descrições, que terão pouca utilidade prática. Um bom diagnóstico de situação deve salientar aspetos selecionados e quando necessário referenciar para outros documentos (Green, 2007).

### **Definição de prioridades**

Dadas as limitações de recursos inerentes a qualquer sistema de saúde, as necessidades de saúde identificadas não podem ser objeto de intervenção ao mesmo tempo ou no nível desejado. Neste sentido, é crucial estabelecer prioridades para orientar escolhas e decisões.

As ciências como a economia, sociologia e epidemiologia podem fornecer informação útil sobre a metodologia a utilizar, porém são os membros individuais da sociedade que detêm a melhor apreciação dessas prioridades (Chatora, Tumusiime, 2004).

A definição de prioridades pode ser realizada através de diferentes metodologias, técnicas e critérios. Este processo de priorização pode concentrar-se na análise de problemas de saúde, intervenções ou ações a serem definidas para os resolver, ou nos recursos para implementar e realizar essas ações (Pineault, 2012).

Os principais critérios utilizados para determinar uma prioridade de intervenção são a magnitude, a vulnerabilidade, a gravidade, a exequibilidade, a aceitabilidade, a evolução, a carga da doença, a equidade, o custo da doença, a transcendência social, e o custo-efetividade (Eusébio, 2011). Relativamente às técnicas, podem ser utilizadas as técnicas de consenso como o painel *delphi*, o grupo nominal ou os informadores chave.

## **Estabelecimento de objetivos**

A partir da análise da situação de saúde da população são delineados posteriormente os objetivos. Esta etapa do planejamento pretende responder às perguntas-chave: "para onde queremos ir?" ou "o que queremos alcançar?".

Um objetivo consiste no resultado pretendido de uma atividade bem-sucedida ou de um programa organizado em torno de determinados inputs e processos. Os objetivos são formulados para resolver os problemas prioritários identificados e as suas causas imediatas (Chatora, Tumusiime, 2004).

Com base na evolução histórica das tendências verificadas dos problemas de saúde e na previsão dos contextos sociais, demográficos, sociais, políticos e ambientais, é possível elaborar uma projeção dessas tendências no futuro, possibilitando uma formulação adequada dos objetivos num horizonte temporal definido (Tavares, 1989).

## **Metas**

As metas de saúde constituem um dos instrumentos mais utilizados para promover a saúde da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Estas expressam um compromisso para atingir resultados específicos num determinado período de tempo (Smith; Busse, 2010).

As metas a estabelecer podem ser de natureza quantitativa ou qualitativa, bem como pretender alcançar mudanças nos resultados ou processos, devem cumprir as características *SMART*, isto é, serem específicas (*specific*), mensuráveis (*measurable*), exequíveis (*attainable*), realistas (*realistic*), e com horizonte temporal definido (*timely*) (Wismar *et al.*, 2008).

A literatura tem demonstrado que a implementação das metas é mais efetiva, quando estas são claramente definidas e quando se consubstanciam no envolvimento e compromisso dos diferentes atores que vão contribuir para a sua implementação (Srivastava; Mckee, 2008).

## **Formulação e desenvolvimento de intervenções**

O desenvolvimento de intervenções consiste no processo de identificação e decisão das abordagens e medidas, para resolver os problemas e necessidades de saúde identificados e priorizados. Nesta fase, a questão-chave a ser abordada consiste em "como vamos atingir os objetivos pretendidos?".

As intervenções são medidas para atender às necessidades prioritárias de saúde. A formulação de intervenções é realizada em conjunto com a próxima fase no ciclo de

planeamento, que consiste em determinar as necessidades de recursos e, posteriormente, a elaboração do plano de ação (Chatora, Tumusiime, 2004).

Assim que o planeamento e orçamentação tenham sido realizados e aprovados pelas autoridades competentes, o sucesso das intervenções depende de como estas irão ser implementadas. Neste âmbito, existem vários aspetos que devem ser considerados durante a implementação das intervenções como a efetividade, a eficiência e a temporalidade/oportunidade (Chatora, Tumusiime, 2004).

O envolvimento dos parceiros comunitários, quer de natureza institucional, quer de natureza não oficial, pode contribuir de forma decisiva para a consecução dos objetivos definidos. Deste modo, a participação comunitária assume um papel fundamental como iniciativa estratégica fundamental nesta etapa (Tavares, 1998).

### **Determinação de requisitos e recursos**

Embora este passo não seja explicitamente abordado em alguns modelos de planeamento, existem múltiplos exemplos de iniciativas promissoras que foram extintas devido à falta de recursos para alcançar os resultados esperados (Butterfoss; Dunet, 2005).

Deste modo, um elemento crucial no desenvolvimento de planos consiste na identificação, manutenção e sustentação dos recursos que estão atualmente disponíveis, bem como os que seriam necessários para a sua implementação (Butterfoss; Dunet, 2005).

Esta etapa envolve a tradução em recursos, de todas as intervenções e atividades necessárias para desenvolver as ações definidas, tais como: o trabalho humano; os materiais; o dinheiro; o espaço; o tempo e a informação (Chatora, Tumusiime, 2004).

### **Monitorização e avaliação**

A monitorização é uma avaliação sistemática e contínua do progresso de uma atividade ao longo do tempo. A monitorização pode ser feita através do processo de colheita, coordenação, processamento, medição e comunicação de informações para ajudar a gestão na tomada de decisões (Chatora, Tumusiime, 2004).

A avaliação, enquanto análise sistemática das ações, procura melhorar o planeamento ou a implementação de atividades atuais e futuras. Esta inclui as áreas de contexto, os *inputs*, os processos e o impacto para avaliar se os objetivos fixados foram

alcançados. A avaliação pode ser interna, quando é realizada pelos implementadores, ou externa quando é realizada por elementos externos à organização.

O CDC (1999) desenvolveu um quadro de referência, que é composto por seis passos que devem ser tomados em qualquer avaliação:

- o envolvimento dos *stakeholders* (as pessoas envolvidas ou afetadas pelo programa, bem como os utilizadores primários da avaliação);
- a descrição do programa (as necessidades, os efeitos esperados, as atividades, os recursos, as fases, o contexto e o modelo lógico);
- a focalização no desenho da avaliação (o propósito, os utilizadores, as questões, os métodos e os acordos);
- a junção de evidência credível (os indicadores, as fontes, a qualidade, a quantidade e a logística);
- a justificação das conclusões (os standards, a análise, a interpretação, as conclusões e as recomendações);
- a garantia de utilização e partilha das lições aprendidas (o desenho, a preparação, o *feedback*, o *follow-up* e a disseminação).

### **2.1.3 Instrumentos do planeamento em saúde**

No âmbito do planeamento na saúde podem ser identificados vários documentos designados como planos, programas e projetos, muitas vezes utilizados de forma pouco rigorosa.

As políticas, estratégias e planos são designações que abrangem um amplo espectro de dimensões e hierarquias. Designadamente:

- de valores, visão, orientação política, estratégia e planeamento estratégico, para planeamento operacional detalhado;
- de planeamento de saúde "abrangente" para planeamento de "doenças específicas ou programas";
- de um horizonte temporal de longo prazo de 10 a 20 anos, ao plano de 5 anos, ao plano evolutivo de 3 anos e ao plano operacional anual;
- de planos nacionais aos regionais ou distritais;
- do nível mais alto da visão e das orientações políticas à aprovação dos planos operacionais (WHO, 2010a).

É importante clarificar os conceitos associados aos principais instrumentos, que têm vindo a ser utilizados, no âmbito do planeamento em saúde.

Imperatori e Giraldes (1993) definem plano como um instrumento de implementação de uma política. De acordo com Dúran (1989), o plano indica a necessidade de atingir determinados objetivos de saúde, e deve ser desdobrado em programas, que, por definição, constituem a linha de orientação pormenorizada. Segundo Sena, Ferrinho e Miguel (2006), o plano é mais orientado para valores, definindo grandes orientações estratégicas e identificando prioridades que podem englobar um conjunto de programas.

No que diz respeito aos programas, Tavares (1992) define programa como um conjunto de projetos que decorrem num período de tempo bem delimitado, habitualmente superior ao de um projeto, visando obter um resultado específico e contribuir para a execução da estratégia de um plano. Para Sena, Ferrinho e Miguel (2006), programa refere-se a um conjunto de especificações e instruções que integram recursos e serviços, de forma a dar uma resposta coordenada a objetivos estratégicos, podendo ou não englobar um conjunto de projetos. Acrescentam também que o programa se justifica para dar visibilidade a um ou mais problemas de saúde considerados prioritários, que beneficiarão de uma coordenação por parte das autoridades sanitárias, de forma a melhor cativar recursos, operacionalizá-los e avaliar o seu impacto.

Os projetos são complementos de um plano ou de um programa, estando ligados ao desenvolvimento de ambos para melhorar alguns dos seus aspetos específicos, com uma duração limitada (Dúran, 1989). Os projetos definem-se como atividades que decorrem num período de tempo bem delimitado, visando obter um resultado específico e contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1992; Imperatori e Giraldes, 1993). De acordo com Sena, Ferrinho e Miguel (2006), os projetos constituem um elemento unitário do programa, uma tarefa que ao ser realizada dará origem a um resultado ou produto bem definido.

#### **2.1.4 Desafios do planeamento em saúde**

Nas décadas de 70 e 80 assistiu-se ao desenvolvimento do planeamento no setor da saúde. Porém, em alguns países, o excesso de ênfase dado ao planeamento formal levou a que este se tornasse uma função burocrática. Nesta abordagem, o planeamento torna-se um fim em si mesmo, em detrimento do seu verdadeiro objetivo

de melhoria da saúde através de mudanças estratégicas no setor da saúde, ficando submerso pelo próprio processo de planeamento (Green, 2007).

A associação do processo de planeamento apenas com a produção de um plano e respetivos documentos de projetos constituem sinais evidentes deste tipo de abordagem, que tem muito pouco impacto observável na saúde da população e no sistema de saúde (Repullo, 1999).

Em muitos países, o planeamento foi isolado de outros processos de decisão, como a orçamentação e o planeamento dos recursos humanos, o que resulta em fortes inconsistências. Noutros países, a falha está mais relacionada com a desadequada identificação de necessidades de saúde ou com a incapacidade de estimar os recursos de forma precisa.

Atualmente, um dos desafios que o planeamento enfrenta está relacionado com a consciencialização da importância dos conceitos e princípios do planeamento por parte de um número significativo de profissionais, para que estes possam participar no processo, em vez de tentar desenvolver especialistas de planeamento, através da imposição de planos prescritivo-normativos desenhados pelo ministério da saúde, sem o envolvimento dos profissionais de saúde e da comunidade nas decisões.

Muitas vezes, o planeamento não tem sido efetivo porque ignora a natureza política inerente a este processo. O resultado tem sido uma vasta gama de desastres de planeamento, grandes e pequenos, que têm contribuído para uma rejeição transversal deste processo, sem ter qualquer ideia de como substituí-lo, de forma a serem atingidos os objetivos desejados.

Porém, esta situação não deve ser encarada como a inevitável falha do planeamento, mas sim como a necessidade de desenvolver um sistema apropriado de identificação de necessidades e de recursos de um país. As decisões acerca do futuro não podem ser evitadas e o processo de planeamento é inevitável. Atualmente, o planeamento como uma atividade é praticado na grande maioria dos países, e a questão não é tanto se as decisões sobre o futuro devem ser tomadas, mas sim por quem e como devem ser tomadas.

Neste sentido, o processo de planeamento precisa de ser melhorado e não rejeitado, necessita de responder aos objetivos do setor da saúde e usar esses critérios e parâmetros para enquadrar o processo de planeamento. A descentralização implica a necessidade de repensar os papéis centrais e periféricos do planeamento. Os organismos centrais necessitam de se afastar da imposição dos planos *top-down* para

um enquadramento de políticas e estratégias, deixando a implementação detalhada para os níveis do local (Tavares, 1998).

## **2.2 Pensamento estratégico**

O único consenso relativamente ao conceito de estratégia parece ser, como defende Mintzberg (1987), a não existência de uma única definição universalmente aceite.

A estratégia consiste na formulação de um plano que reúne, de forma integrada, os objetivos, políticas e ações da organização tendentes à criação de uma vantagem competitiva sustentada (Freire, 1997). Para Quinn (1980), a estratégia é o plano que integra num “todo” os objetivos e políticas de uma organização. Na perspetiva de Mintzberg e colaboradores (2003), a estratégia pode constituir um plano, um estratagema, um padrão, uma posição e uma perspetiva para lidar com uma situação.

Apesar das diferentes definições propostas pelos diversos autores, parece existir um denominador comum: a ideia que a estratégia é o caminho que se segue, em ordem a assegurar a consecução de determinados objetivos.

Apesar de serem consideravelmente diferentes, os conceitos de reflexão estratégica, plano estratégico e planeamento estratégico estão estritamente relacionados (Santos, 2008).

Segundo Freire (1997), o planeamento estratégico consiste no processo sistemático, metódico e complementar de apoio, fomento, organização, estruturação e síntese da reflexão estratégica dos membros da organização. Para Gonçalves (1986), o planeamento estratégico é um procedimento sistemático, analítico, racional e formal de suporte ao processo de gestão estratégica e desenvolve-se através do próprio processo de planeamento formal da organização. A figura n.º 8 ilustra as componentes de um modelo de planeamento estratégico típico.

Figura n.º 8 - Componentes de um modelo de planeamento estratégico clássico



*Fonte: Adaptado de Santos, 2008.*

Quando o planeamento estratégico emergiu em meados da década de 1960, os gestores consideraram-no como "o melhor caminho" para desenhar e implementar estratégias que melhorassem a capacidade competitiva de cada unidade de negócio. Enraizados na gestão científica iniciada por Frederick Taylor, pretendiam-se sistemas de planeamento para produzir as melhores estratégias, bem como instruções passo a passo para a realização das mesmas (Mintzberg, 1994).

Porém, os resultados desta abordagem ficaram muito aquém das expectativas, e o planeamento estratégico decaiu consideravelmente no discurso e pensamento dominante. Mintzberg (1994) identificou três razões para o fracasso do planeamento estratégico. A primeira está relacionada com o pressuposto que o planeamento estratégico assume de que a descontinuidade que caracteriza os tempos atuais pode ser prevista, levando-os a prever o futuro com base no passado, e desenvolvendo planos que são rapidamente ultrapassados pelos acontecimentos. A segunda razão está relacionada com a excessiva valorização dos dados quantitativos, em detrimento dos dados qualitativos, designadamente a interação entre os diferentes atores sociais. A terceira razão é o pressuposto subjacente ao planeamento estratégico que o processo de decisão estratégica pode ser formalizado (Teixeira, 2011).

Porém, é necessário distinguir o planeamento do pensamento estratégico, dado que as estratégias mais bem-sucedidas assentam na visão e não em planos. O pensamento estratégico consiste em síntese, envolvendo intuição e criatividade. O resultado do pensamento estratégico é uma perspetiva integrada da organização, uma visão não muito precisa e articulada de direção. Tais estratégias, muitas vezes não

podem ser desenvolvidas dentro de um cronograma concebido imaculadamente, mas devem ser livres para aparecer a qualquer momento e em qualquer lugar na organização, normalmente através de processos desorganizados de aprendizagem informal. Estas estratégias devem ser executadas por pessoas nos vários níveis de actuação, sobretudo por aqueles que estão profundamente envolvidos com as questões específicas em intervenção. Já o planeamento formal, por sua natureza é muito analítico, tem sido e sempre será dependente da preservação e rearranjo das categorias estabelecidas (Mintzberg, 1994; 2007).

De acordo com Harrisson e Caron (2010), as características do pensamento estratégico consistem: na focalização, sendo baseado na visão da organização e apoiado na sua intenção estratégica; baseia-se numa perspetiva sistémica da organização, tendo em conta as interações entre os diferentes agentes; é oportunista, considerando as oportunidades no sistema; detém uma orientação de longo prazo baseada na intenção estratégica; tem em conta o passado o presente e o futuro; e orienta-se por hipóteses, em que as ideias criativas são criticamente avaliadas e as melhores incorporadas na implementação da estratégia, aprendendo com os erros. Enquanto que o planeamento estratégico se caracteriza como mais rígido e menos imaginativo, o pensamento estratégico favorece a emergência de novas ideias e soluções criativas (Teixeira, 2011).

### **As escolas de pensamento estratégico**

Existem diversos modelos que sugerem uma metodologia diferente de formulação e implementação de estratégias. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (1998) sistematizaram o estudo desta temática em dez escolas de pensamento estratégico. Embora as escolas de pensamento estratégico não abordem somente a formulação da estratégia, mas todo o processo estratégico, cada uma das dez escolas reforça uma maneira diferente de formular estratégias.

As escolas de pensamento estratégico podem ser segmentadas em dois grandes grupos, as escolas prescritivas e descritivas. As escolas prescritivas estudam o modo como as estratégias devem ser formuladas, descrevendo fórmulas gerais para a criação das estratégias das organizações (a escola do desenho; a escola de planeamento; e a escola de posicionamento).

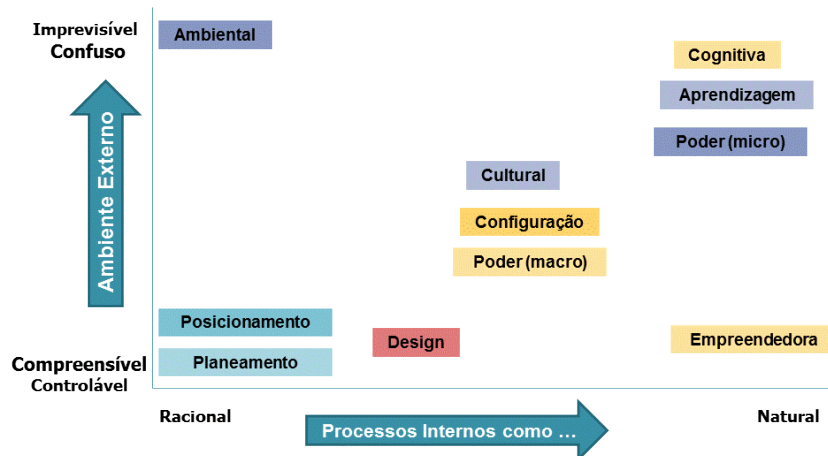
As escolas descritivas direccionam a sua análise para o modo como as estratégias são formuladas, centrando as suas observações e explicações nos diversos fenómenos que podem criar as estratégias organizacionais (a escola empreendedora; a escola

cognitiva; a escola de aprendizagem; a escola de poder; a escola cultural; a escola ambiental; e a escola da configuração).

O desenvolvimento de estratégias requer necessariamente abordar o processo estratégico como um todo. Este é separado em etapas, apenas para sistematizar o estudo de uma maneira racional. Na realidade, qualquer processo de formulação estratégica pode incluir características de várias escolas de pensamento estratégico (Mintzberg; Ahlstrand; Lampel, 1998).

Neste sentido, as estratégias são formuladas através da combinação do conhecimento das várias escolas e poderão ser dotadas tanto de processos cognitivos conscientes, deliberados e analítico-formais, como inconscientes, não deliberados e intuitivo-informais. A figura n.º 9 ilustra a matriz estratégica de Mintzberg e como este posiciona as diferentes escolas do pensamento estratégico relativamente aos processos internos e à envolvente externa.

Figura n.º 9 - Matriz estratégica de Mintzberg



Fonte: adaptado de Mintzberg; Ahlstrand; Lampel, 1998.

Os processos internos representam aquilo que depende da organização em causa, bem como o que é possível realizar com os seus recursos. Estes podem variar entre processos racionais constituídos por normas pré-estabelecidas e processos naturais, que dependem da decisão de vários atores organizacionais. A envolvente externa é composta por aquilo que se pretende influenciar, e a forma como o exterior recebe a organização, esta pode variar entre “controlável” e “imprevisível” (Mintzberg; Lampel, 2000).

A fronteira que estabelece a separação entre os processos internos e a envolvente externa é essencial, para demarcar o que depende da organização e aquilo que se pretende influenciar.

Mintzberg enfatiza também a diferença entre a estratégia planeada e a estratégia realizada, introduzindo a noção de estratégia emergente, que se traduz em padrões de comportamentos na ausência ou de modo diferente a qualquer plano. A estratégia emergente resulta de respostas não planeadas a circunstâncias imprevistas, bem como de descobertas científicas ou tecnológicas que podem acontecer e fornecer novas oportunidades.

Na generalidade, as estratégias realizadas não coincidem com as estratégias planeadas ou intencionadas, porque no desenvolvimento do processo surgem imprevistos de diversas ordens. Na realidade, maioritariamente, as estratégias realizadas são parcialmente planeadas e parcialmente emergentes.

### **2.2.1 Complexidade das políticas e dos sistemas de saúde**

De acordo com Fuerth (2009), a teoria da complexidade oferece uma descrição muito mais realista do fluxo e interação de eventos. Esta teoria insere a noção de que, no estudo dos assuntos humanos, tudo se relaciona com o restante, por muito inconveniente que seja, para as disciplinas estabelecidas ou para as organizações com abordagens burocráticas.

Esta teoria adverte-nos também, para ignorar as ideias que defendem que existem soluções únicas e permanentes para os problemas complexos, como as políticas baseadas em conceitos individuais e planos rígidos. Deste modo, defende o entendimento das questões políticas e suas consequências como partes de uma interação incessante, alertando para o constante potencial para a mudança de forma abrupta e descontínua.

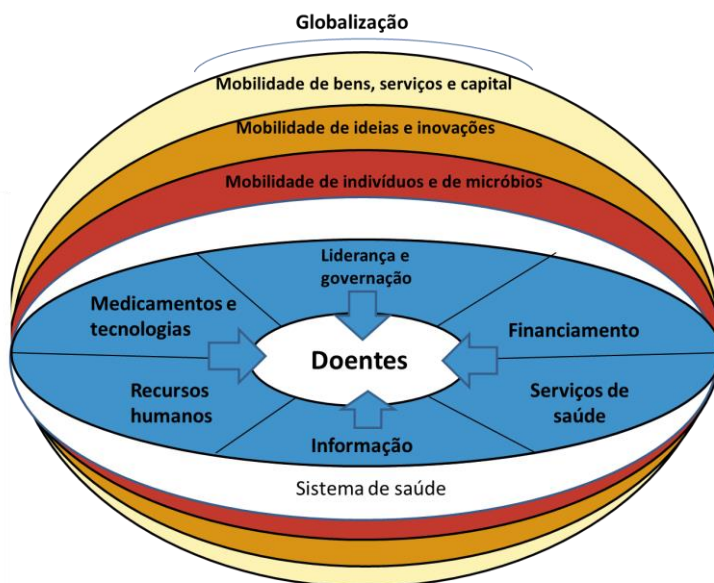
Os sistemas adaptativos complexos são compostos por muitos indivíduos e elementos de auto-organização, capazes de responder aos outros e ao seu ambiente (Glouberman; Millar, 2003). Todo o sistema pode ser visto como uma rede de relações e interações, em que o conjunto é muito mais do que a soma das partes. Uma alteração em qualquer parte do sistema, mesmo num único elemento, produz reações e alterações nos elementos associados e no ambiente. Deste modo, os efeitos de qualquer intervenção no sistema não podem ser previstos com precisão absoluta,

porque o sistema está constantemente a responder e a adaptar-se às mudanças e às ações dos indivíduos.

O sistema de saúde atual é um domínio de complexidade extraordinária. Este é em grande parte autogovernado através de ajustes progressivos, guiados principalmente pelas decisões clínicas, pelo poder corporativo dos profissionais, pelos padrões de resposta dos grupos de doentes e pelos meios de comunicação social (Repullo, 1999). Mais recentemente, um nível adicional de complexidade emergiu. O reconhecimento crescente dos muitos determinantes da saúde, que estão fora do sistema formal de saúde, estimulou políticas multissetoriais para melhorar a saúde (Wismar *et al.*, 2008).

Tomson, Pâfs e Anders (2014) mostraram como a ciência da complexidade é utilizada na análise emergente, não-linear (imprevisível), das características e níveis dos sistemas de saúde, sugerindo que estes constituem sistemas adaptativos complexos. A figura n.º 10 ilustra a complexidade dos sistemas de saúde.

Figura n.º 10 - A complexidade dos sistemas de saúde



Fonte: Adaptado de Tomson cit por Kickbusch; Gleicher, 2012.

Os sistemas adaptativos complexos são caracterizados por relações não-lineares e de auto-organização entre os agentes, que dão origem a uma incerteza e consequências inesperadas ou a comportamentos emergentes: assim, o todo é maior do que a soma das partes. Por exemplo, os planeadores urbanos entendem que "as características de um bairro são diferentes, e não apenas a soma dos elementos individuais de casas,

ruas, parques e lojas. O que consiste num trabalho de bairro, não é o resultado de suas partes específicas, mas sim, as complexas interações dos elementos individuais (Glouberman; Millar, 2003).

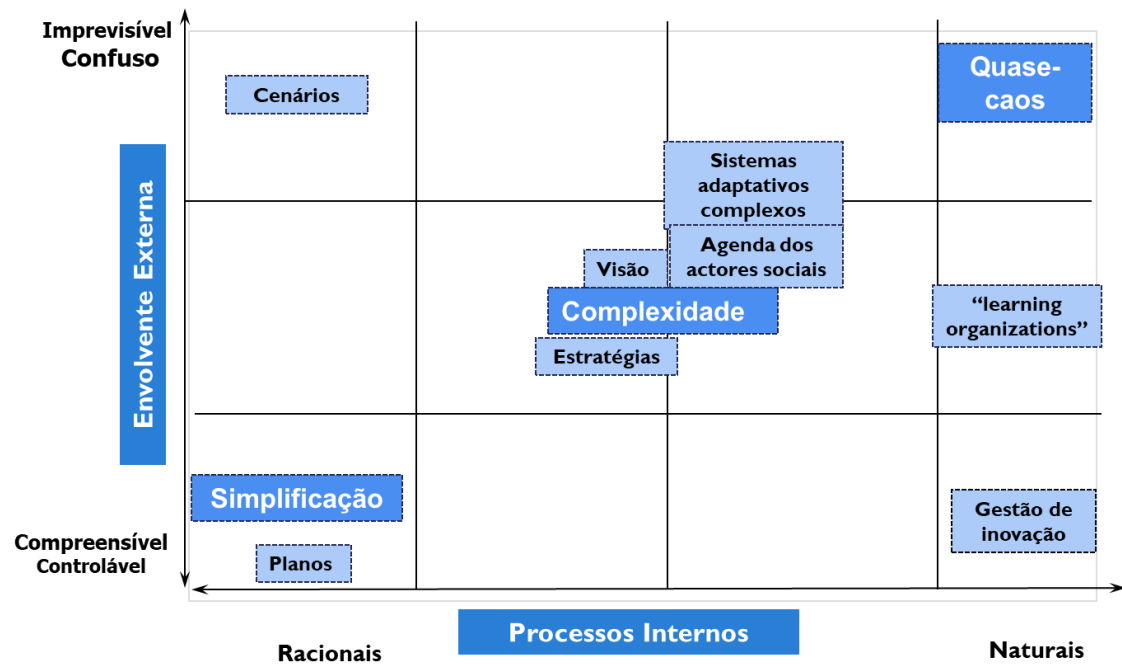
A ciência da complexidade demonstra que os problemas complexos não têm causa ou solução simples, e as intervenções numa área podem ter efeitos prejudiciais e involuntárias em outras. As estratégias de políticas públicas, baseadas em complexidade que têm sido desenvolvidas, indicam que os sistemas adaptativos complexos devem ser abordados por políticas que espelham as características de complexidade. Isto é, a tomada de decisão deve ser descentralizada e a auto-organização ou de rede social deve estar disponível para permitir que as partes interessadas possam responder rapidamente a eventos imprevistos de maneiras inovadoras (Kickbusch; Gleicher, 2012).

Assim, as intervenções devem ser interativas e devem integrar a aprendizagem contínua, o conhecimento coletivo dos múltiplos *stakeholders* e a partilha e mecanismos para ajustar automaticamente as políticas. As intervenções devem promover uma ampla variedade nas políticas, bem como muitas intervenções locais para o mesmo problema, na medida em que estas podem aumentar a probabilidade de encontrar uma solução ou soluções adequadas e mais eficazes, em comparação com um modelo único *top-down*, como a abordagem racionalmente planeada. Neste âmbito, a governação da saúde tem vindo a deslocar-se para abordagens integradoras e colaborativas, que não devem ser interpretadas como um retorno a iniciativas em larga escala *top-down* (Kickbusch; Gleicher, 2012).

### **2.2.2 Pensamento estratégico na saúde**

A melhoria da saúde de uma população é um processo extremamente complexo, que tem de ter em consideração os processos internos que ocorrem nos sistemas de saúde, bem como os diversos fatores da envolvente externa. Neste sentido, é possível adaptar a matriz estratégica de Mintzberg à gestão da mudança na perspetiva do sistema de saúde (figura n.º 11).

Figura n.º 11 - Matriz estratégica de Mintzberg adaptada



Fonte: Adaptado de Mintzberg; Lampel, 2000; Santos et al., 2010.

O sucesso da abordagem adotada depende da sua correta localização na matriz, porque cada ponto da matriz requer uma abordagem diferente de análise, assim como aplicação de diferentes instrumentos de ação e modelos de gestão.

Neste sentido, adotando a perspectiva da gestão da mudança nos sistemas de saúde à matriz estratégica de Mintzberg, o canto inferior esquerdo da matriz configura o domínio da “simplificação”, pressupondo que o ambiente externo é previsível e que ao nível dos processos internos existem normas pré-estabelecidas que todos cumprem, o que na prática é muito difícil de se verificar. Neste âmbito, os instrumentos de ação mais utilizados são os planos. O canto superior direito da matriz corresponde ao “quase caos”, em que os processos internos são muito espontâneos e o ambiente externo é incerto.

Relativamente ao canto superior esquerdo da matriz, os processos internos são racionais, mas a envolvente externa é de carácter imprevisível. Neste domínio desenvolvem-se cenários, que consistem em projeções para o futuro com base na informação existente no momento. No canto inferior direito da matriz, a envolvente externa é controlável, no entanto os processos internos são naturais, dependendo da iniciativa de múltiplos atores, o que corresponde ao campo da gestão da inovação.

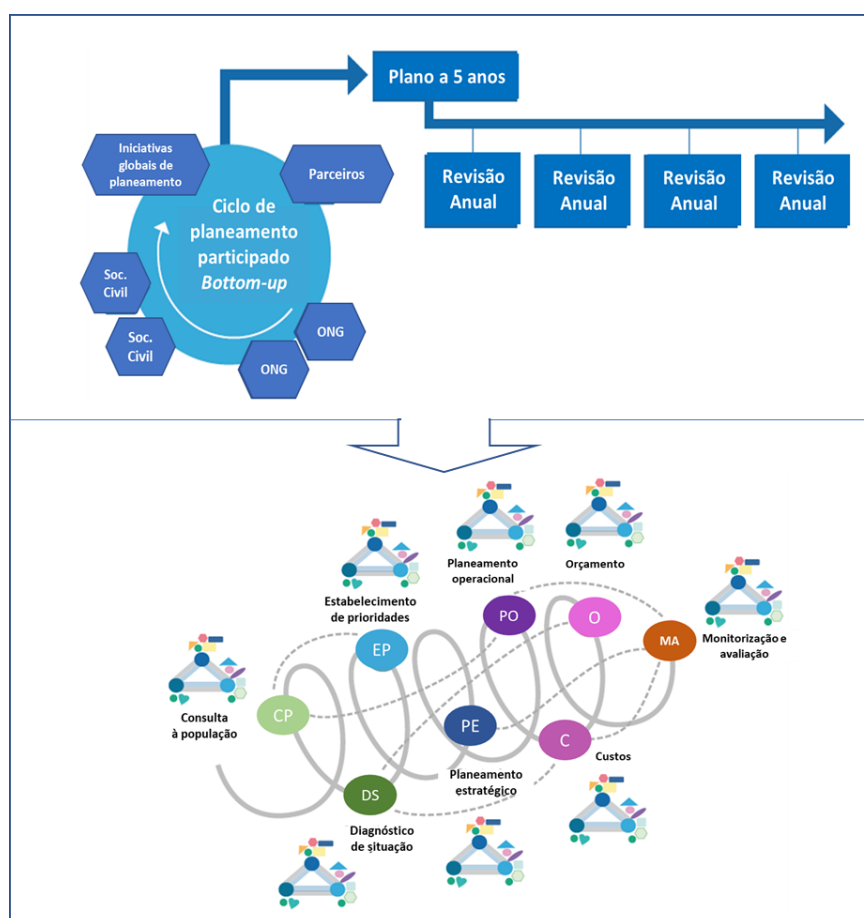
No meio da matriz situa-se o domínio da “complexidade”, caracterizada por elementos dos diferentes domínios. Este é o âmbito mais difícil de gerir e contém três aspetos essenciais: a visão, a estratégia e a agenda dos atores sociais. Este âmbito configura os “processos adaptativos complexos”.

### **2.2.3 Instrumentos do pensamento estratégico na saúde**

A noção de pensamento estratégico contribuiu para o desenvolvimento de abordagens que privilegiam a síntese dos estímulos do ambiente externo e interno para criar uma perspetiva integrada. Ao nível dos instrumentos, existiu uma transição de um processo de planeamento de comando e controle, assente em “planos prescritivo-normativos *top-down* dos ministérios”, para abordagens e dispositivos de ação assentes em estratégias e metas, resultantes de um processo negocial e compromisso social, concertado com os agentes sociais, que contribuirão para a sua realização (figura n.º 12) (Schmets *et al.*, 2016).

Este processo usualmente não é um exercício linear. Pelo contrário, é muitas vezes caracterizado por ciclos circulares - caminhando e retornando entre as necessidades identificadas a nível local e as prioridades identificadas a nível nacional (Schmets *et al.*, 2016).

Figura n.º 12 - Do processo de planeamento tecnocrático ao processo dinâmico, flexível e de diálogo



Fonte: Adaptado de Schmets et al., 2016.

Como anteriormente referido, o pensamento estratégico caracteriza-se pela intuição e criatividade, tendendo a ser mais informal do que formal, orientando-se pela visão e reforçando a intenção estratégica, entendida como a alavancagem de todas as capacidades e recursos para alcançar os objetivos estratégicos (Teixeira, 2011).

Os principais instrumentos do pensamento estratégico na saúde são constituídos pela visão e processo negocial de metas. A visão pode ser percebida como a direção desejada, o caminho que se pretende percorrer (Teixeira, 2005).

A introdução de metas no setor da saúde é frequentemente atribuída à publicação da estratégia da OMS Europa para a “Saúde para Todos”, que representou uma mudança abrupta à abordagem predominante (Wismar et al., 2008). O processo negocial de metas deve ser visto como um processo multidirecional, contínuo e em constante evolução. Será importante acompanhar os diferentes ciclos de planeamento e monitorização, pois estes fornecem janelas de oportunidade para advogar a importância da saúde nos outros setores relevantes (Schmets et al., 2016).

#### **2.2.4 Desafios do pensamento estratégico na saúde**

Mintzberg distingue estratégia de planeamento estratégico. A estratégia é uma disciplina baseada na síntese, é informal e visionária, resulta de pensamento divergente, da intuição, associada à criatividade; enquanto que o planeamento estratégico é um processo analítico, programado e formalizado, utilizando a análise quantitativa e a rigidez. Este pela sua própria natureza é o oposto da criatividade, definindo novas categorias ou rearrumando as existentes (Mintzberg, 1994;2007; Teixeira, 2011).

Várias décadas de experiência com o planeamento estratégico demonstraram a necessidade de flexibilizar o processo de tomada de decisão estratégica. O modo como era realizado o planeamento estratégico nas décadas de 60 e 70 não faz sentido na atualidade, dado que as técnicas e as abordagens utilizadas eram desenvolvidas com uma total separação entre o topo e as bases, privilegiando a comunicação *top-down*, que não se coadunam com a rapidez que caracteriza as alterações do ambiente na atualidade, nem com a necessidade de envolvimento do maior número possível das pessoas que no terreno desenvolvem a ação (Teixeira, 2011).

O planeamento estratégico, como tem sido praticado, constitui programação estratégica. Não obstante, o sistema de saúde não deve menosprezar o papel do planeamento estratégico ou concluir que não existe nenhuma necessidade de programação, mas deve transformar o trabalho de planeamento convencional.

Deste modo, os planeadores devem dar a sua contribuição em torno do processo de tomada de decisão estratégica, fornecendo as análises formais ou dados concretos que o pensamento estratégico requer, para ampliar a consideração das questões, em vez de tentar descobrir uma resposta certa. Estes devem agir como catalisadores que apoiam a tomada de decisão estratégica, para ajudar e incentivar os líderes da mudança a pensar estrategicamente. E, finalmente, estes podem ser programadores de uma estratégia, ajudando a especificar a série de passos concretos necessários para levar a cabo a visão (Mintzberg, 1994; 2007).

## **2.3 Governança em saúde**

### **2.3.1 Governança**

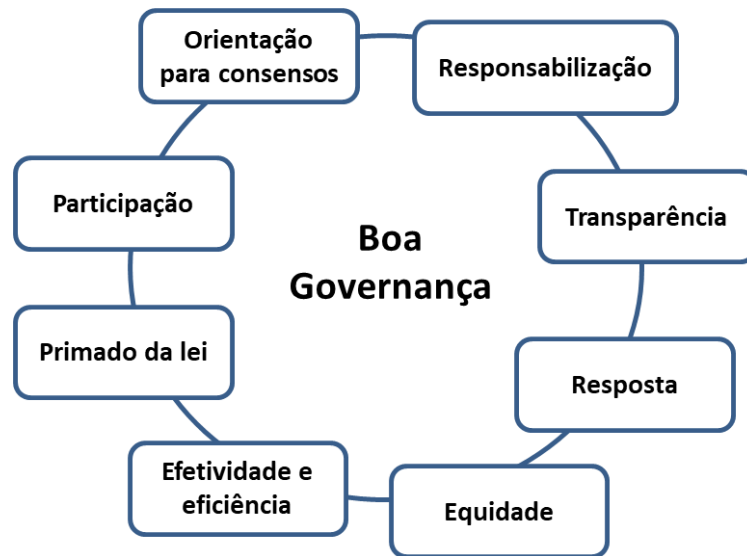
A designação de “governança” emergiu na década de 90, associada à ideia da incapacidade de os governos responderem adequadamente aos problemas e desafios, colocados pelas novas realidades sociais e políticas do final do século XX. Este conceito enfatiza que as sociedades atuais democráticas, informadas, multiculturais e em constante mutação, não podem ser governadas da mesma forma que as sociedades tradicionais (Le Galés, 2010; Defarges, 2010).

Segundo Graham, Amos e Plumptre (2003), a governança refere-se ao modo como os governos e outras organizações sociais interagem, como estes se relacionam com os cidadãos e como as decisões são tomadas num mundo complexo. De acordo com Le Galés (2010), a governança pode ser definida como uma forma flexível de poder político, processo coordenado e negociado entre diversos atores, públicos e privados, incluindo grupos sociais e instituições, com o objetivo de alcançar as metas coletivamente definidas.

É importante destrinçar a noção de governança (*governance*), da noção de governação que é referente à execução da ação do governo. A governação refere-se aos aspetos operacionais do governo, como a legislação, o estabelecimento de prioridades, o financiamento, a regulação, a contratualização, a distribuição de recursos, a organização e a gestão (OPSS, 2003).

Diversas organizações internacionais como as Nações Unidas, a União Europeia, a OCDE e o Banco Mundial desenvolveram princípios de boa governança que podem ser aplicados, tanto aos governos como mais especificamente às organizações (Kickbusch; Gleicher, 2012). Os nove princípios da boa governança consistem na participação, orientação para consensos, visão estratégica, resposta, efetividade e eficiência, responsabilização, transparência, equidade e primado da lei (Figura n.º 13).

Figura n.º 13 - Os princípios da boa governança



Fonte: Adaptado de UNPD in Kickbusch; Gleicher, 2012.

No que diz respeito ao princípio da participação, este preconiza que todos devem participar nos processos de tomada de decisão, quer seja diretamente ou através de instituições representativas. A orientação para consensos configura a mediação dos diferentes interesses, de forma a atingir um consenso alargado com vista ao melhor interesse do grupo, tanto nas políticas como nos procedimentos. A visão estratégica corresponde a uma perspetiva de longo prazo, que tem em conta os aspetos históricos, culturais, a complexidade, a boa governação e o desenvolvimento humano.

Através do princípio de resposta, as instituições e os processos tentam servir todos os interessados. Os princípios da efetividade e eficiência estão relacionados com os processos e as instituições, que satisfazem as necessidades e produzem resultados, garantindo a melhor utilização possível dos recursos. Deve também existir transparência dos processos, das instituições e da informação, bem como responsabilização e prestação de contas dos agentes de decisão, como o governo, setor privado e setor civil. O princípio da equidade advoga que todos devem ter oportunidade de se envolver nos processos de decisão, para melhorar e manter o seu bem-estar. O primado da lei consiste na garantia de um enquadramento legal que deve ser justo e imparcial (Kickbusch; Gleicher, 2012).

### **2.3.2 Governança em saúde**

A governança em saúde diz respeito às ações e aos meios adotados pela sociedade, para organizar a promoção e a proteção da saúde da sua população. As regras que definem essa organização e o seu funcionamento podem ser formais e informais, assim como prescrever ou proscriver comportamentos (Dodgson; Lee; Drager, 2002).

Os mecanismos de governança podem ser situados a nível local, regional, nacional e internacional, bem como podem ser de âmbito público, privado ou uma combinação de ambos. A governança agrega numa plataforma comum, por um lado o enquadramento dos objetivos sociais e dos compromissos, que são considerados na formulação das políticas de saúde; e, por outro, o emaranhado existente entre os processos políticos, os legítimos interesses, públicos e privados, na definição de prioridades, o uso e a alocação de recursos, e as pressões provenientes de utilizadores e profissionais insatisfeitos (Dodgson; Lee; Drager, 2002).

Para a Organização Mundial da Saúde, a boa governança para a saúde é a capacidade de ativar a participação de todos, os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta perspetiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são a centralidade nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação regulares (Kickbusch; Gleicher, 2012).

Desta forma, a boa governação na saúde significa ter em consideração um conjunto de boas práticas na tomada de decisão, na implementação de soluções, na sua avaliação e monitorização e, conseqüentemente, na correção de eventuais desvios. Neste sentido, refere-se à capacidade de implementar mudanças efetivas que permitam melhorar o sistema de saúde, dando resposta às reais necessidades dos seus utilizadores e garantindo princípios de equidade e de igualdade (Ferreira; Raposo, 2006).

As principais mudanças que estão a ocorrer na governança da saúde no século XXI são fundamentais para a obtenção de ganhos de saúde nas próximas décadas.

## **Abordagem *whole-of-government* e *whole-of- society***

Vários países têm adotado uma abordagem *whole-of-government*. Esta representa a difusão de governança verticalmente, entre os diferentes níveis de governo e áreas de governança, bem como horizontalmente em todos os setores.

A adoção desta perspectiva *whole-of-government* é considerada, muitas vezes, como a forma adequada de tratar problemas complexos no âmbito do governo. As atividades são de vários níveis, abrangendo atividades, atores locais e globais, bem como envolvendo cada vez mais grupos externos ao governo. Esta abordagem tornou-se altamente relevante na definição de políticas públicas para a saúde, na medida em que exige que todos os intervenientes considerem a melhoria da saúde e bem-estar como uma meta social que exige uma ação conjunta (Kickbusch; Gleicher, 2012).

A abordagem *whole-of-government* inclui a complexidade da governação nos vários níveis - nacional, regional e local. Muitos países transferiram a responsabilidade pelos programas de saúde pública, cuidados de saúde e por uma série de determinantes da saúde para os níveis regionais e locais. A governação em vários níveis vai de encontro à ideia de que a governança emerge de interações entre uma série de atores estatais e não estatais, que operam em diferentes níveis jurisdicionais, geográficos e organizacionais com diferentes formas e graus de autoridade (Hooghe; Marks, 2003).

A governação em vários níveis, é muitas vezes relacionada com a governança global e regional, envolvendo tanto a interação horizontal como vertical entre as políticas locais, nacionais, regionais e globais. Esta destaca também a importância do papel dos governos locais na condução de novas abordagens para a governação para a saúde.

Em 2001, foram criadas em todas as regiões das autoridades locais na Inglaterra parcerias estratégicas locais. Estes órgãos estatutários reúnem todos os prestadores de serviços do setor público, empresas e grupos da sociedade civil para fornecer serviços públicos integrados em cada área, superando deste modo a abordagem fragmentada anterior para prestação de serviços públicos (Kickbusch; Gleicher, 2012).

A abordagem *whole-of-government* enfatiza não só a melhoria da coordenação e integração das atividades do governo, mas também se concentra na coordenação e integração nas metas sociais que o governo representa. A saúde em todas as políticas

é uma abordagem *whole-of-government* para dar prioridade à governação para a saúde e bem-estar, que envolve os diferentes setores em ambos os sentidos: como outros setores afetam a saúde e como a saúde afeta outros setores.

Na Europa existem exemplos recentes da abordagem *whole-of-government* para a saúde em todas as políticas, designadamente na Inglaterra, na Finlândia, na França, na Holanda, na Noruega e na Suécia. Estes países utilizam combinações de ferramentas de governança, como a formulação de políticas, estabelecimento de metas, leis de saúde pública, coordenação de nível de gabinete, comités interdepartamentais, mecanismos de coordenação horizontal e vertical, audiências públicas, revisões de gastos interdepartamentais, num quadro de governo relativamente coerente (Wismar; Ernst, 2010).

### ***Whole-of-society***

A abordagem *whole-of-society* é uma forma de governança colaborativa, que enfatiza a coordenação, através da construção de valores normativos e confiança entre os vários atores da sociedade. Esta geralmente implica instrumentos de direção que são menos prescritivos, com uma abordagem uniforme, menos centralizados e hierárquicos, com objetivos e metas conjuntas, como no “Healthy people 2020” nos Estados Unidos da América (US. Federal Interagency Workgroup, 2010).

Muitas políticas da União Europeia têm uma base semelhante, dada a ampla consulta que as precede, geralmente envolvendo todos os *stakeholders* relevantes, públicos e privados, embora não com o mesmo nível de influência.

O “Healthy people 2020” nos Estados Unidos reflete os contributos de um grupo diversificado de pessoas e organizações. A visão, missão e metas gerais fornecem estrutura e orientação para atingir os objetivos. Estes, apesar de serem genéricos, indicam áreas específicas importantes em que devem ser tomadas ações para atingir melhor saúde nos EUA no ano 2020. Desenvolvido sob a liderança da *Federal interagency Workgroup*, a estrutura do projeto baseia-se na colaboração exaustiva entre os Department of Health and Human Services dos Estados Unidos e outras agências federais, agentes públicos e um comité consultivo.

A promoção da saúde e as políticas públicas saudáveis deram origem a muitas inovações para a governança. Na abordagem dos *settings*, a promoção da saúde reintroduziu os territórios/lugares como uma categoria fundamental na política pública

de saúde. As iniciativas como o Projeto europeu das Cidades Saudáveis da OMS reestabeleceram a importância da ação local e as ligações entre planejamento urbano, espaços verdes, habitação, transportes, a coesão nos bairros e a saúde.

Nas abordagens dos *settings* e das redes, as políticas de promoção da saúde e políticas públicas saudáveis são mais incrementalistas do que racionalistas. Neste modelo social inovador, o setor da saúde desempenha o papel de *advocate* e *broker*. Mais do que na primeira onda de ação intersectorial, a segunda onda reconheceu que a formulação de políticas complexas deve levar em conta os interesses, valores, ambições e posições das instituições e das pessoas.

Quanto mais complexo é um processo de governança e quanto mais são os interessados envolvidos, mais importante é ter valores comuns. É irrealista supor que qualquer política pode ser baseada unicamente na evidência; a produção de conhecimento que se designa por evidência incorpora sempre os valores e as crenças existentes (Kickbusch; Gleicher, 2012).

A governança na sociedade do conhecimento exige que os decisores estejam plenamente conscientes dos valores com os quais coexistem e, muitas vezes, são inseparáveis da evidência, permitindo o seu debate através de processos participativos.

Uma mensagem importante é que a governança no setor da saúde tornou-se ainda mais complexa e turbulenta. A globalização e a descentralização, o papel dos meios de comunicação e dos vários grupos de pressão têm cada vez maior importância. Assim, para além das suas funções tradicionais de financiamento e ou prestação de serviços, é bem reconhecido que o setor da saúde deve trabalhar com outros setores e vários atores num ambiente mais complexo, a fim de melhorar a saúde.

### **2.3.3 Dispositivos da ação de governança em saúde**

A governança em saúde requer instrumentos de análise, negociação, gestão e influência adequados à complexidade dos sistemas de saúde e à sociedade moderna.

A elaboração de planos e estratégias baseadas em metas, mesmo que assentes em compromissos sociais, por si só, não asseguram os mecanismos de influência necessários para realizar os objetivos dos sistemas de saúde. Deste modo, é

necessário adotar instrumentos que articulem os objetivos dos planos e estratégias com a distribuição dos recursos de saúde, a contratualização do desempenho das organizações de saúde, a qualidade e gestão organizacional (OPSS, 2003).

De acordo com o descrito anteriormente, os princípios da boa governança consistem na participação, orientação para consensos, visão estratégica, resposta, efetividade e eficiência, responsabilização, transparência, equidade e primado da lei (UNPD, 1997 cit por Kickbusch; Gleicher, 2012).

A visão estratégica é fundamental para a gestão da mudança nos sistemas de saúde, esta consiste numa perspectiva de longo prazo, tendo em conta os aspetos históricos, culturais e as complexidades em que é baseada, tomando por referência o que é necessário para tal desenvolvimento (UNPD, 1997 citado por Kickbusch; Gleicher, 2012).

A importância da participação da sociedade civil, e da criação de parcerias com diferentes organizações dos diferentes setores, que podem influenciar a saúde da população também são destacadas na literatura, quer no âmbito nacional, regional ou local (Rudolph, *et al.*, 2013).

A negociação e contratualização participada, centrada na adoção de dispositivos de negociação, centrados nos resultados esperados face à capacidade instalada e às necessidades em saúde são também instrumentos fundamentais da governança em saúde.

#### **2.3.4 Desafios da governança no século XXI**

A governança é cada vez mais realizada entre todos os níveis, do local ao global; portanto, os agentes regionais e locais têm relevância crescente, tornando a governação eficaz a vários níveis tão importante como a governação intersectorial e participativa (Kickbusch; Gleicher, 2012).

Os desafios de governança enfrentados pelo setor de saúde não são exclusivos: todos os setores enfrentam atualmente grandes mudanças. Os *drivers* contextuais da mudança são constituídos pela interdependência, a complexidade, a coprodução e a transição da Europa de industrial para as sociedades baseadas no conhecimento.

Os problemas complexos exigem abordagens de sistemas, que envolvam uma ampla gama de sociedade e vários níveis de governança, do local ao global, com o aumento da relevância dos níveis regional e local.

O novo contexto leva a novas dinâmicas de governança de difusão, democratização e valor partilhado. A saúde constitui um importante fator macroeconómico e, cada vez mais, um componente crítico de modelos e estratégias de negócios. As organizações devem reorientar-se para as estratégias desenvolvidas a partir de valores partilhados, que podem melhorar a sua competitividade. O papel do governo na governança continua a ser crítico e está a ser expandido em muitas áreas da vida moderna (Kickbusch; Gleicher, 2014).

A governança inteligente é "o conjunto de princípios, fatores e capacidades que constituem uma forma de governança capaz de lidar com as condições e exigências da sociedade do conhecimento" (Willke, 2007). A governança inteligente para a saúde e bem-estar reflete como os governos lidam com desafios da saúde estrategicamente, as escolhas que fazem, os instrumentos que utilizam e os parceiros que envolvem.

Com base numa revisão de estudos de caso de novas abordagens para a governação para a saúde, cinco tipos de governança inteligente para a saúde são propostas, que devem ser combinados em abordagens "*whole of government*" and "*whole of society*". Designadamente, (i) governar através da colaboração; (ii) governar através do envolvimento dos cidadãos; (iii) governar através da mistura de regulação e persuasão; (iv) governar através de agências independentes e órgãos especializados; (v) governar por políticas adaptativas e estruturas resilientes (Kickbusch; Gleicher, 2012; 2014).

## PARTE II – ESTUDOS

Esta dissertação tem como finalidade geral desenvolver uma abordagem para a compreensão das questões concetuais e técnicas, subjacentes à gestão dos processos de melhoria da saúde das populações, com vista à identificação das suas limitações e à elaboração de indicações para a sua melhoria.

A literatura indica que a evolução das abordagens de melhoria da saúde da população está intrinsecamente ligada ao período temporal, à delimitação geográfica do âmbito de atuação, às especificidades históricas, políticas, económicas e sociais, às características dos sistemas de saúde, bem como aos referenciais concetuais dominantes e dispositivos de ação utilizados, na promoção e proteção da saúde das populações (WHO, 2010a; Antwi; Kale, 2014; Schmets *et al.*, 2016; Javanparast *et al.*, 2018)..

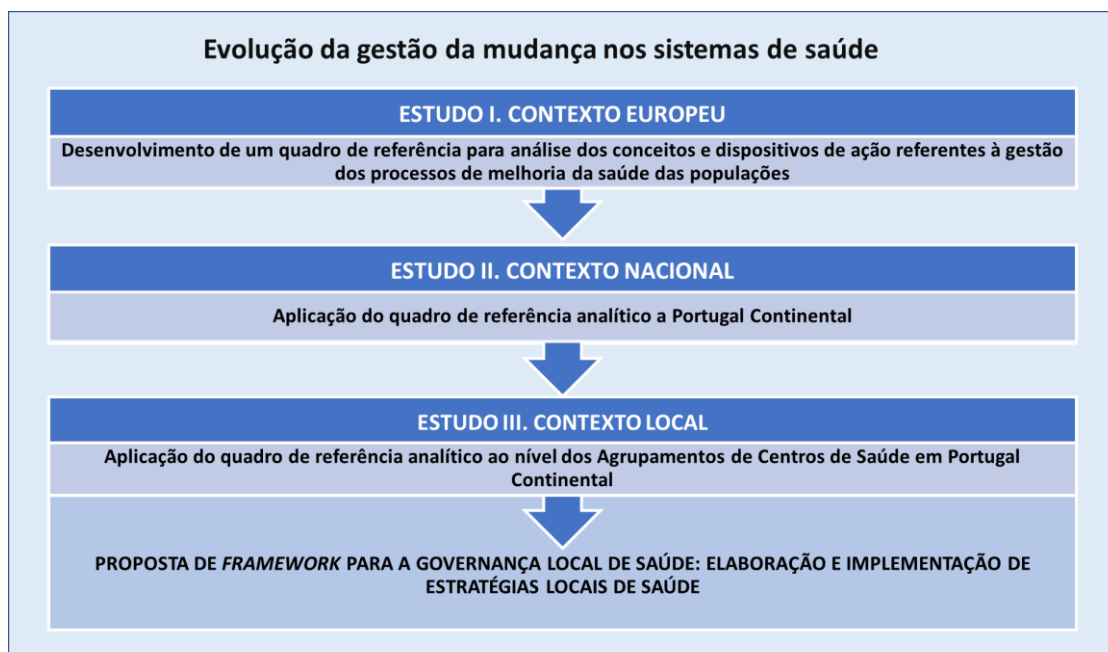
A análise da evolução da gestão da mudança é um exercício particularmente complexo. Na impossibilidade de aprofundar sistematicamente todas as dimensões da problemática estudada, e de acordo com a finalidade desta dissertação, optou-se por circunscrever o campo de investigação aos conceitos e dispositivos de ação, relativos aos processos de melhoria da saúde das populações, emergentes do enquadramento teórico no período compreendido entre o Pós-Segunda Guerra Mundial até à atualidade (1946-2017).

Quanto aos diferentes contextos, optou-se por realizar a análise em três níveis, designadamente a nível europeu (União Europeia), nacional (Portugal Continental) e local (correspondendo à delimitação geográfica dos Agrupamentos de Centros de Saúde).

Deste modo, esta dissertação está organizada em três estudos. O estudo I analisa como evoluíram as principais conceções e dispositivos de ação da gestão da mudança nos sistemas de saúde, no contexto europeu do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade, de modo a tentar encontrar uma forma útil de contribuir para a melhoria destes processos em Portugal.

A partir deste estudo foi possível elaborar um quadro de referência analítico, para análise dos processos de mudança nos sistemas de saúde, com vista à elaboração de indicações úteis para as abordagens de melhoria da saúde das populações. Aplicou-se este quadro analítico tanto a nível nacional (estudo II), como a nível local (estudo III), de acordo com o ilustrado na figura n.º 14.

Figura n.º 14 - Organização e âmbito dos estudos integrantes da tese



Cada estudo apresenta um pequeno enquadramento, objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Com base nos resultados obtidos, o terceiro estudo apresenta também uma proposta de *framework* de governança local em saúde, organizada através de estratégias locais de saúde.

# Estudo I. Evolução da gestão da mudança nos sistemas de saúde no contexto europeu



## 1. ENQUADRAMENTO

O enquadramento deste estudo aborda sucintamente a organização dos sistemas de saúde e da saúde pública. Apresenta alguns exemplos internacionais recentes de planos e estratégias de saúde de âmbito europeu, nacional e local. Expõe as principais referências conceituais, para enquadrar a gestão da promoção e proteção da saúde das populações.

O objetivo deste estudo consiste em analisar a evolução da gestão da mudança nos sistemas de saúde, com vista à melhoria da saúde das populações, de modo a tentar encontrar uma forma útil de contribuir para a melhoria destes processos em Portugal.

Com este propósito, este estudo propõe um quadro de referência analítico para os processos de gestão da mudança na saúde, através da identificação e caracterização de paradigmas predominantes e sua evolução, em função das suas características principais, no que diz respeito à evolução conceitual e aos dispositivos de ação utilizados.

### 1.1 Organização dos sistemas de saúde e da saúde pública

É importante compreender a organização dos sistemas de saúde e da saúde pública, para enquadrar a gestão da mudança. Os sistemas de saúde são constituídos pelo conjunto de recursos, atores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de ações de saúde, cujo objetivo primário é promover e proteger a saúde (OPSS, 2003).

Apesar das especificidades de cada país, os sistemas de saúde nos países europeus desenvolveram-se a partir de dois modelos base, designadamente o modelo de

Beveridge e o modelo Bismarck. Resumidamente, estes modelos distinguem-se pela forma de financiamento da saúde, em que o modelo de Bismarck assenta nas contribuições de empregadores e de trabalhadores (na Áustria; Bélgica; Alemanha e França), enquanto o modelo de Beveridge propõe o financiamento através das contribuições fiscais do conjunto dos cidadãos - orçamento geral do estado (na Dinamarca; Finlândia; Irlanda e Reino Unido). Em alguns países adotaram-se modelos mistos, incorporando características de ambos os modelos (OPSS, 2001; Simões, 2005).

No que diz respeito às principais estruturas de governança de saúde, estas variam consideravelmente nos países europeus. A Inglaterra, França, Hungria, Letónia e Lituânia são caracterizadas por estruturas que tendem a concentrar funções de governança a nível nacional, com a descentralização de algumas funções em organismos do governo. Em outros países, a responsabilidade administrativa e política é, em parte ou totalmente, transferida para as autoridades locais ou regionais (Dinamarca, Estónia, Itália) ou estados federais (Áustria, Alemanha, Suíça). Na Áustria, Alemanha e Holanda, os atores corporativos (como por exemplo, o seguro de saúde estatutário ou os provedores) também desempenham um papel importante (Nolte; Knai; Saltman, 2014).

Em muitos países, o nível nacional é geralmente envolvido na promulgação de legislação que afeta a saúde pública, orientando e regulando os níveis regionais e locais na prestação de serviços de saúde pública e monitorização da saúde da população. Para além disto, existem várias agências de apoio que servem em grande parte funções similares, designadamente: investigação e conhecimento em saúde pública; vigilância e promoção da saúde. Em vários países, este papel nacional é relativamente menor em comparação com as responsabilidades e autonomia das regiões. Por exemplo, na Suécia, Finlândia, Dinamarca e Holanda, o município / nível municipal tem uma autonomia considerável na saúde pública (por exemplo, no financiamento, definição de prioridades e atividades de execução), enquanto que o nível nacional monitoriza a implementação e coordena os programas nacionais e desenvolve políticas nacionais de saúde pública (Rechel; Mckee, 2014).

Na Alemanha, o papel federal na saúde pública é mínimo, e os *Länder* têm autonomia quase completa. Os estados federados estão subdivididos em regiões administrativas, que descentralizam a administração do território e são geridos pelos presidentes distritais. As unidades administrativas mais pequenas são os municípios que constituem o distrito ou região. O *land* é o nível mais relevante para a tomada de

decisões em saúde pública, ajudando os níveis mais baixos na sua implementação (Allin *et al.*, 2004).

## **1.2. Planos e estratégias de saúde de âmbito europeu, nacional e local**

A descrição dos exemplos internacionais neste âmbito é significativamente complexa, dada a existência de uma vasta multiplicidade de termos, formatos e documentos com o objetivo último de melhorar a saúde das populações. Neste estudo, não se pretende fazer uma revisão exaustiva dos planos e estratégias de saúde a nível nacional e local em outros países. Porém, é descrita a “Health 2020 Strategy”, que constitui o atual quadro estratégico global para a Região Europeia da OMS, bem como são identificados e descritos alguns exemplos recentes de planos, estratégias e metas de saúde de âmbito nacional e local.

### ***HEALTH 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century***

A estratégia de Saúde 2020 resultou de um extenso processo de consulta, durante dois anos em toda a região europeia. Esta foi aprovada por 53 Estados-Membros, durante a sexagésima segunda sessão, do Comité Regional da OMS para a Europa em setembro de 2012.

Esta estratégia fornece aos decisores políticos uma visão, um trajeto estratégico, um conjunto de prioridades e uma série de sugestões sobre o que funciona para melhorar a saúde, endereçar as desigualdades na saúde, e garantir a saúde das gerações futuras. Assim como identifica estratégias de ação que são adaptáveis a muitas realidades contextuais da Região Europeia da OMS (WHO, 2012b).

A Saúde 2020 reconhece que os governos podem alcançar melhorias reais na saúde, se trabalharem em todos os setores para cumprir dois objetivos estratégicos. Designadamente, melhorar a saúde para todos e reduzir as desigualdades na saúde; e melhorar a liderança e governança participativa para a saúde. Deste modo, a Saúde 2020 propõe quatro áreas prioritárias de ação política, com base nas prioridades globais estabelecidas para a OMS e pelos seus Estados-Membros. Estas quatro áreas prioritárias são:

- i) investir na saúde através de uma abordagem ao longo da vida e capacitar os cidadãos;
- ii) enfrentar as cargas de doenças não-transmissíveis e doenças transmissíveis;
- iii) fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas e na capacidade da saúde

pública, incluindo a preparação e capacidade de resposta para lidar com emergências; iv) criar ambientes de apoio e comunidades resilientes (WHO, 2012b).

Estas áreas de ação não são isoladas, mas são frequentemente interdependentes e reforçam-se mutuamente. A sua abordagem exige a combinação de abordagens de governança, hierárquicas, dispersas e participativas, para tornar a saúde e bem-estar possíveis para todos.

A Saúde 2020 requer o movimento de vários elementos: liderança; intenção estratégica; trabalho em conjunto através de parcerias; responsabilidades para a saúde inspiradas nas perspetivas *whole-of-society* e *whole-of-government*, avaliação e investigação em saúde pública; e um papel forte para a OMS.

As metas de saúde da Saúde 2020 europeia estão explicitadas no quadro seguinte (quadro n.º 2).

Quadro n.º 2 - Metas de saúde: *Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century*

Áreas das metas <i>Health 2020</i>	Metas
1. Carga de doença e fatores de risco	1. Reduzir a mortalidade prematura na Europa até 2020
2. Pessoas saudáveis, bem-estar e determinantes	2. Aumentar a esperança de vida na Europa
	3. Reduzir as desigualdades em saúde na Europa (metas de determinantes sociais)
	4. Melhorar o bem-estar da população europeia
3. Processos, governança e sistemas de saúde	5. Cobertura universal e “direito” à saúde
	6. Estabelecimento de metas nacionais pelos Estados-Membros

Fonte: WHO, 2012b.

### Planos e estratégias de âmbito nacional no contexto europeu

O Plano Nacional de Saúde da Estónia (2009-2020) é uma estratégia nacional de saúde abrangente, com o objetivo global de aumentar a expectativa de vida saudável para a população. O plano define ações em cinco campos diferentes: a coesão social; a saúde dos jovens e crianças; o ambiente; os estilos de vida saudáveis e os cuidados de saúde. Para monitorizar o progresso, foram identificados indicadores de desempenho e definidas metas para ciclos de quatro anos consecutivos até 2020.

O plano prevê um quadro comum, para várias estratégias e programas de saúde populacionais pré-existent e estabelece uma série de novas atividades, para atingir as metas especificadas (WHO, 2014).

Na Noruega, em 2007 foi adotada a Estratégia Nacional para reduzir as desigualdades sociais em saúde. Esta estratégia fazia parte de uma política governamental global para reduzir as desigualdades sociais, melhorar a inclusão e combater a pobreza. A estratégia focou-se em quatro áreas prioritárias: diminuir as desigualdades sociais que contribuem para as desigualdades na saúde; reduzir as desigualdades sociais no comportamento de saúde e o uso de serviços de saúde; desenvolver iniciativas para promover a inclusão social orientada; e desenvolver o conhecimento e as ferramentas intersectoriais (WHO, 2014).

A Finlândia adotou uma estratégia de saúde equitativa e um plano de ação intergovernamental em 2007. A estratégia foi desenvolvida pela comissão nacional de saúde pública intersectorial, pelas instituições subordinadas ao Ministério da Saúde, e em estreita colaboração com os municípios, que desempenham um papel importante na prestação de serviços de saúde no sistema de saúde descentralizado da Finlândia. A estratégia de saúde equitativa foi construída sobre o tema central da presidência da UE da Finlândia no segundo semestre de 2006, a saúde em todas as políticas (WHO, 2014).

A Inglaterra tem utilizado estratégias e políticas nacionais de saúde desde o início dos anos 1990. A primeira foi constituída pela "The Health of the Nation – A Strategy for England", publicada em 1992, na sequência da política da OMS "Health for All by the Year 2000". Esta estratégia continha um enquadramento nacional para cinco áreas prioritárias (doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral, cancro, saúde mental, HIV / SIDA, saúde sexual e acidentes), associadas a 27 metas para obtenção de ganhos de saúde. Esta política consnstituiu a orientação central para o planeamento dos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde (WHO, 2014).

Em 1999, esta política foi sucedida pela "Our Healthier Nation", um plano de ação do governo com o objetivo de melhorar a saúde, com especial atenção para os mais desfavorecidos na sociedade. Um conjunto de metas foi estabelecido, visando as quatro causas principais de morte na Inglaterra: cancro, doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral, acidentes e saúde mental. Posteriormente, em 2004 foi lançada uma política nacional de saúde. Foi aplicada uma abordagem assente em dois pilares: melhorar a saúde e combater as desigualdades na saúde, auxiliando as pessoas a fazer escolhas mais saudáveis, protegendo a saúde das pessoas das ações

de outros, e reconhecendo as necessidades particulares e o desenvolvimento físico e emocional dos jovens (WHO, 2014).

O “Healthy Ireland” foi lançado em 2013 e assenta numa abordagem *whole-of-government*, que envolve os diferentes setores da sociedade na melhoria da saúde. Tendo em conta o amplo compromisso político e a mobilização social, a implementação deste plano é baseada num grupo de acompanhamento intersetorial que assegura a direção estratégica e monitoriza o seu progresso; assim como o desenvolvimento de uma *framework* de resultados e de um plano de investigação, com dados que configuram o enquadramento para a coordenação da investigação, governança e avaliação de serviços de saúde e intervenção população (WHO, 2014).

No que diz respeito à Áustria, foram adotadas 10 metas de saúde que focam os determinantes de saúde e áreas políticas mais relevantes. Estas metas definem o quadro para uma ação coordenada, que é apoiado por todas as instituições envolvidas, bem como por um plano de implementação baseado principalmente na cooperação entre as instituições e pelos *stakeholders* mais relevantes (WHO, 2014).

### **Planos, estratégias e iniciativas de planeamento em saúde de âmbito local no contexto europeu**

O processo de planeamento local refere-se a modelos de liderança a nível local, que muitas vezes incluem a intersetorialidade e, às vezes, até mesmo uma abordagem integrada às políticas e serviços locais. O seu fundamento reside na proximidade com as necessidades e interesses das pessoas que servem (Brissos, 2004).

Os serviços de saúde têm desenvolvido diversos projetos na comunidade, alguns estimulados pelos planos e estratégias nacionais, outros anteriores à sua existência, outros ainda relacionados com dinâmicas locais específicas, muitas vezes de iniciativa municipal, ou de outras organizações governamentais, privadas ou de solidariedade social.

Muitas das estratégias de saúde mais efetivas, em particular aquelas que têm utilizado metas em saúde têm sido desenvolvidas a nível regional. Existem vários exemplos como os da Catalunha ou Flandres (WHO, 2008). Para além de iniciativas encetadas pelos serviços de saúde, muitas outras inovações de promoção da saúde emanaram da Europa, incluindo iniciativas como as Cidades Saudáveis e as Escolas Promotoras de Saúde, que se tornaram movimentos globais que apoiam a implementação de atividades inovadoras de promoção da saúde no nível local (Ziglio; Hagard; Griffiths, 2000).

Em Espanha, o planeamento de saúde é uma competência dos departamentos regionais de saúde e, como tal, cada um deles desenvolve os seus planos de saúde regionais. Estes são o principal instrumento para a identificação da direção desejada de ação e planeamento, bem como para a consecução dos objetivos de saúde previamente definidos.

Embora exista uma grande variabilidade no desenho e conteúdo dos diferentes planos regionais de saúde, todos partilham o objetivo de responder às necessidades de saúde identificadas e oferecem estratégias de ação dos sistemas de saúde, inspiradas pelas estratégias “Health for All” e “Health 21” da OMS. Todas as comunidades autónomas têm publicado, pelo menos, um plano de saúde, e cada versão do plano normalmente é mantida durante um período de quatro ou cinco anos. Estes planos, por vezes, materializam-se em planos regionais estratégicos, planos de infraestrutura, estratégias regionais de saúde e programas de saúde (Garcia-Armesto *et al.*, 2010).

Outro exemplo de iniciativas de planeamento local mais divulgado é o projeto das cidades saudáveis da OMS. Este foi iniciado em 1986 e o seu objetivo era providenciar uma base local para a implementação dos princípios estratégicos da OMS na Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Desde então, esse projeto tornou-se num movimento à escala europeia, com uma orgânica abrangente para a implementação da saúde e do desenvolvimento sustentável a nível local.

Hancock e Duhl (1988) formularam a primeira definição de cidade saudável: “Uma cidade saudável é aquela que está continuamente a criar e a melhorar os ambientes físicos e sociais e a expandir estes recursos da comunidade que permitem às pessoas apoiarem-se mutuamente no desempenho de todas as atividades inerentes à vida, desenvolvendo o seu potencial máximo. Este conceito tem sofrido uma evolução e engloba ideias importadas da sociologia, da geografia urbana, do planeamento urbano, da ecologia, da política, da economia, da filosofia, e de uma série de disciplinas, conexas à saúde pública.

Esta associação liderada pelas autarquias veio incrementar vários projetos de estratégias locais de saúde, relacionados com a promoção da saúde urbana, que conduzem à melhoria da qualidade de vida das populações, através do desenvolvimento de ações e projetos que visam a promoção da equidade em saúde.

### **1.3 Referências teóricas referentes à gestão dos processos de mudança nos sistemas de saúde**

No que diz respeito ao pensamento concetual, no âmbito da gestão da mudança nos sistemas de saúde, com vista à melhoria da saúde da população, numa perspetiva de base populacional, destacam-se o planeamento, pensamento estratégico e a governança em saúde.

O planeamento de âmbito estatal teve início na ex-União Soviética, com a tentativa de criar uma economia baseada em planos económicos nacionais. A reconstrução da Europa, após a guerra, também envolveu muito a intervenção estatal na economia dos países europeus. O nascimento do planeamento de saúde para muitos países na Europa remonta a 1970, onde ocorreu uma transição do pensamento económico para objetivos sociais incluindo a saúde. A crise do petróleo em meados dos anos 70 e o “crash da bolsa” deram origem a um período de forte recessão económica e à adoção de medidas fortes de contenção de custos e de centralismo por parte dos estados (Green, 2007).

Este contexto levou à adoção do planeamento em saúde numa perspetiva racionalista construtivista, caracterizada por uma forma de pensar assente num processo racional, objetivo e deliberado. Assente nos padrões universais de decisão racional, a ação racional seria baseada numa ordem cronológica de passos e eventos, cada uma levando à seguinte, em direção ao objetivo definido (Repullo, 1999). Esta abordagem demonstrou uma ambição excessiva, pretendendo recolher muita informação, percorrer um longo caminho no futuro, planejar quase tudo, subestimando os problemas práticos de implementação e os interesses e motivações dos diferentes atores, que influenciam a tomada de decisões (Green, 2007).

Três décadas de experiência com o planeamento estratégico ensinaram-nos sobre a necessidade de flexibilizar o processo de tomada de decisão estratégica, em vez de tentar desenhá-lo rigidamente por formalização arbitrária (Mintzberg, 2004). Neste âmbito, Mintzberg distinguiu pensamento estratégico de planeamento estratégico. O pensamento estratégico consiste em síntese, envolvendo intuição e criatividade, resultando numa perspetiva integrada, numa visão não muito precisa e articulada de direção, deste modo advoga que as estratégias mais bem-sucedidas são visões, e não planos (Mintzberg, 2004).

Tendo em consideração as dificuldades do planeamento racionalista, a perspetiva que ficou conhecida como o *mixed scanning*, considera que uma das possibilidades é estreitar as áreas de intervenção, através da seleção e priorização das áreas a

abordar. Neste sentido, advoga uma análise ampla ao setor da saúde, que depois configura as bases para uma análise mais pormenorizada das áreas selecionadas para intervenção (Etzioni, 1967; Repullo, 1999).

Porém, para se definir o que é que constitui um problema ou uma prioridade, é necessário esboçar critérios. Estas decisões, em última instância, envolvem valores subjetivos como áreas prioritárias, e neste sentido já não são tão objetivas como as decisões sugeridas pelo processo subjacente ao racionalismo construtivista (Etzioni 1967; Repullo, 1999).

O termo “governança” emerge no início da década de 1990, associado à ideia de incapacidade de os governos responderem adequadamente aos problemas e desafios colocados pelas novas realidades sociais e políticas do final do século XX. Este conceito enfatiza que as sociedades atuais democráticas, informadas, multiculturais e em constante mutação, não podem ser governadas da mesma forma que as sociedades tradicionais (Le Galés, 2010; Defarges, 2010).

A governança inteligente para a saúde e bem-estar reflete como os governos lidam estrategicamente com os desafios da saúde, as escolhas que fazem, os instrumentos que utilizam e os parceiros que envolvem (Kickbusch; Gleicher, 2012; 2014).

Os mecanismos de governança podem ser de âmbito local, regional, nacional e internacional, do setor público, privado ou de uma combinação destes. Estes mecanismos agregam os objetivos sociais e os compromissos que são considerados na formulação das políticas de saúde, bem como os processos políticos, os interesses públicos e privados, na definição de prioridades, no uso e alocação de recursos, e nas pressões dos utilizadores e dos profissionais (Kickbusch; Gleicher, 2012; 2014).

Esta perspetiva identifica-se com a abordagem do incrementalismo. A organização da ação nesta abordagem é entendida como o processo de avançar “através de erros” ou de uma série de “passos desarticulados”, movendo-se de um modo incremental para atingir o objetivo definido. Em qualquer altura, o grau de movimento é determinado pelo contexto político. Na verdade, o incrementalismo é mais uma descrição da realidade do planeamento do que uma prescrição normativa sobre como planejar. Este modelo reconhece que, no planeamento que lida com questões sociais afetando grupos de pessoas, não se pode esperar objetividade e expectativas partilhadas (Green, 2007).

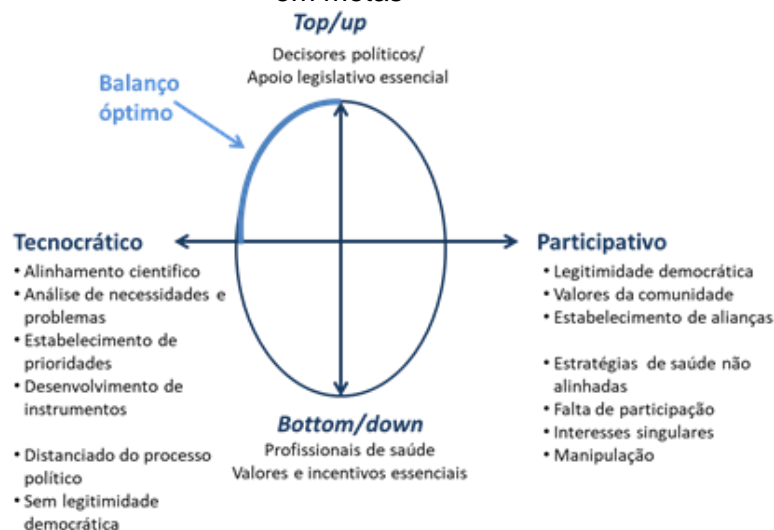
### 1.3.1 Desenho e implementação de planos e estratégias de saúde: modelo concetual

Um grande esforço intelectual, científico e de gestão é colocado na identificação de áreas prioritárias para melhorar os resultados de saúde, na elaboração de instrumentos adequados e no estabelecimento de sistemas de monitorização e avaliação.

Neste sentido, o desenho e implementação de políticas, estratégias e planos para melhorar a saúde da população são significativamente complexos, na medida em que têm de ter em conta, não só os aspetos técnicos e científicos, mas também os diferentes níveis, estruturas e atores relevantes para o sucesso destas iniciativas.

De acordo com Wismar e Busse (2002), o consenso e compromisso político, que é vital para o sucesso de qualquer iniciativa (política, estratégia ou plano) de saúde, tem de ser estabelecida entre quatro polos, que são ilustrados na figura n.º 15.

Figura n.º 15– Definição e implementação de planos e programas de saúde baseados em metas



Fonte: Adaptado de Wismar; Busse, 2002.

Os polos representados no eixo horizontal debruçam-se sobre o processo de conceção e desenho de programas, que podem variar entre 'tecnocráticos' e 'participativos'. Um processo de desenho denominado "tecnocrata" baseia-se no conhecimento, rigor científico e técnico da conceção de programas. Todavia, os meios de execução das políticas e programas de saúde não estão nas mãos dos especialistas e cientistas. Assim, estes programas 'cientificamente puros' ficam distanciados do processo político, não dispõem de legitimidade política e permanecerão num nível concetual, com pouco ou nenhum impacto político.

Por oposição, a concepção participativa de programas, por ser desenhada a partir de valores comuns, conta com a vantagem de ter legitimidade democrática imediata e a capacidade de criação de alianças políticas, que irão apoiar o processo de definição e implementação. Porém, este processo pode estar sujeito a táticas políticas, em que os participantes na arena política podem não dispor de conhecimento e poder suficiente, ou ser tentados a representar interesses individuais, em vez de abordagens mais amplas que cumpram com os objetivos finais de melhoria de resultados de saúde.

O eixo vertical representa a relação entre os decisores políticos e aqueles que são responsáveis pela implementação e execução dos programas, no contexto institucional de cuidados de saúde. Em termos de implementação de um programa, é possível distinguir entre estratégias *top-down* e *bottom-up*.

As estratégias *top-down* são realizadas ao nível nacional pelos decisores políticos, enquanto as estratégias *bottom-up* são iniciadas por aqueles que trabalham no contexto dos serviços de saúde ou pelos doentes. A relação entre estes dois polos no eixo vertical é crucial para o sucesso dos programas, na medida em que qualquer programa deve fazer sentido e ser concebido como uma vantagem a nível do terreno. Neste âmbito, a relação entre os profissionais de saúde e decisores, bem como um consenso e aliança política assumem uma importância crítica. As iniciativas *bottom-up* precisam de apoio dos organismos de tomada de decisão ou, em alguns casos, *backup* legislativo.

Um equilíbrio ideal para gerir a tensão entre os polos consiste em organizar, comprometer e construir uma aliança política, representada na figura pela linha oval. A grande maioria dos programas é desenhada de uma maneira *top-down* pelo governo e administração central, com pouco envolvimento do público em geral (Wismar; Busse, 2002).

### **1.3.2 Abordagens verticais e horizontais nos sistemas de saúde**

Os termos verticais e integrados são frequentemente utilizados na prestação de cuidados de saúde, mas descrevem fenómenos diferentes. Na prática, os programas verticais podem assumir formas muito diferentes. Estes podem ser definidos de acordo com a natureza do serviço prestado, pela natureza da população que servem ou por ambos. Quando se discute a concepção vertical ou horizontal de um programa devem ser analisados os mecanismos de governação, a organização, o financiamento e a prestação de serviços.

Nas abordagens verticais, também referidas como *stand-alone*, categóricas, ou programas de controlo de doença, as intervenções são fornecidas através de sistemas que normalmente têm administração e orçamentos separados, apresentando uma estrutura, financiamento e integração operacional muito variada relativamente ao sistema de saúde em geral. No modelo integrado (também conhecido como abordagens ou programas horizontais), os serviços não têm administração e orçamentos separados e são tipicamente realizados, através das unidades de saúde que fornecem serviços gerais de saúde ou de rotina (Atun; Bennett; Duran, 2008).

Os programas verticais obtiveram sucesso em vários casos, como por exemplo na erradicação da varíola, na redução da incidência de morte e morbilidade, por doenças evitáveis por vacinação. No entanto, juntamente com estes sucessos, a integração limitada de programas verticais com o sistema e serviços de saúde levou à duplicação de esforços em alguns países, à ineficiência na prestação e fragmentação do sistema de saúde e tem sido visto como a causa para o fracasso em erradicar a malária (Atun; Bennett; Duran, 2008; Zaletel *et al.*, 2015).

As críticas aos programas verticais estão relacionadas com: o facto de estabelecerem estruturas de prestação paralelas; esgotarem os recursos humanos e serviços de uso corrente; deixarem de reforçar os sistemas de saúde; promoverem esforços duplicados e desviarem a atenção dos profissionais de saúde das tarefas de rotina; não promoverem a autossuficiência da comunidade e criarem risco substancial de fraca sustentabilidade, uma vez terminado o financiamento (Atun; Bennett; Duran, 2008; Zaletel *et al.*, 2015).

O apoio a programas verticais foi impulsionado pela suposição de que a concentração em algumas intervenções constitui uma maneira eficaz, para maximizar o efeito em curto período de tempo quando existem recursos adicionais disponíveis, em oposição à espera de mudanças abrangentes no sistema de saúde. No entanto, se estes não são de curto prazo, devem existir mecanismos ao nível estratégico e operacional para garantir a ligação estreita entre os elementos horizontais e verticais do sistema. A integração deve ser apoiada por ajustes legais e regulamentares para interligar a liderança, organização e financiamento de programas verticais com o sistema de saúde. Estas alterações também devem criar um ambiente que é favorável à integração estrutural e operacional, que enfatiza as necessidades da pessoa ou população e não da doença (Zaletel *et al.*, 2015).

### 1.3.3 A importância da gestão da mudança de âmbito local nos sistemas de saúde

Um desafio comum, na maioria dos países da Europa, é encontrar o nível adequado para a elaboração e implementação de políticas, particularmente na área da saúde. Na sua forma mais simples, a descentralização refere-se à transferência de competências e responsabilidades do nível nacional para o nível local, sendo a centralização o movimento na direção oposta. Muitos países optaram por descentralizar, recentralizar e depois descentralizar novamente, num ciclo contínuo, procurando o equilíbrio certo de eficiência e capacidade de resposta no seu sistema de saúde (Bremner, 2011).

A descentralização e desconcentração têm sido justificadas pelo princípio da subsidiariedade, que foi definido como: o princípio de que tenta garantir que as decisões sejam tomadas tão próximo quanto possível do cidadão. É reconhecido que a subsidiariedade melhora a governança, na medida em que fortalece o envolvimento dos *stakeholders*, a avaliação das consequências e responsabilização dos decisores (Bremner, 2011).

Os planos e estratégias a nível subnacional referem-se a todos os processos de planeamento e programação sistemáticos, orçamentação e alocação de recursos abaixo do nível nacional, ou seja, a nível local, distrital ou regional. O planeamento subnacional é determinado pela tipologia e características da descentralização, bem como pelo grau de autonomia das autoridades de planeamento subnacional (Rohrer, 2016).

Por razões de simplificação administrativa, existe uma tendência para os programas nacionais ou regionais serem do tipo *one-size-fits-all* (Acheson, 2006). Porém, a tomada de decisão descentralizada permite que as decisões sejam tomadas ao nível, onde o feedback é mais estreito, o que irá permitir uma resposta mais rápida e adequada a circunstâncias imprevistas. Um processo de tomada de decisão que toma em consideração as questões do ecossistema é realizado mais eficazmente a nível local. Assim como, a participação de diversos atores na avaliação de ecossistemas não só amplia esse processo, mas também melhora a legitimidade, bem como a exatidão do processo (Swanson; Bhadwal, 2009).

Alguns países tendem a escolher uma abordagem mais centralizada, com uma ligação explícita e estrita entre os planos estratégicos nacionais e os planos operacionais subnacionais. Enquanto outros países adotam uma abordagem mais descentralizada assente numa ligação mais fraca entre os planos estratégicos nacionais que só oferecem orientações, mas deixam muito mais liberdade de interpretação ao nível mais descentralizado. Esta situação permite a flexibilidade e criatividade ao nível operacional, mas também pode levar a contradições com o plano estratégico nacional.

Assim como a distribuição da doença numa população é desigual, ocorrendo em surtos focais, *clusters* ou grupos de alto risco, a melhoria da saúde pode evoluir com uma mudança de foco, para o reforço do papel e esforço das comunidades locais (Oberl; Baker; Magenheimer, 1994). Neste âmbito, é inapropriado definir os mesmos objetivos de mortalidade para cada localidade, independentemente dos níveis existentes de realização e a dificuldade das circunstâncias locais (Swanson; Bhadwal, 2009).

Estas abordagens conduzem a problemas manifestos. Designadamente, as organizações que já têm um bom desempenho não têm nenhum incentivo para melhorar, enquanto que aquelas com populações desfavorecidas podem sentir-se alienados do processo e ficar sem nenhuma hipótese de sucesso (UK. Secretary of State for Health, 2010).

A implementação de qualquer plano nacional depende implicitamente do compromisso dos atores locais responsáveis. Geralmente, o cumprimento de metas nacionais pretende assegurar a melhoria satisfatória em organizações locais, encarregadas da prestação de serviços de saúde. Logo, muito depende de como as metas nacionais são transmitidas aos serviços locais (MacArthur, 2002).

O nível de compromisso só pode ser assegurado e sustentável, se os atores chave locais forem envolvidos de algum modo no desenvolvimento dos planos e estratégias nacionais. A consulta, envolvimento e o trabalho com os parceiros durante o processo de planeamento nacional e local consome muito tempo, mas traz resultados mais tangíveis e positivos, no desenvolvimento e implementação destes planos. Se os conflitos e desacordos forem colmatados durante o processo de planeamento, podem ser mais facilmente evitados ou ultrapassados, durante a fase de implementação (MacArthur, 2002).

Devido ao facto de muitos dos problemas e soluções do plano nacional de saúde terem as suas raízes em atividades de âmbito local, a participação e a cooperação das autoridades locais vai ser um fator determinante no cumprimento dos objetivos. Estas, como o nível de governança mais próximo das pessoas, desempenham um papel fulcral na mobilização e resposta aos problemas de saúde (MacArthur, 2002).

Neste sentido, o reconhecimento das diferenças e importância do nível local consubstanciam-se na adoção de abordagens, onde os requisitos definidos centralmente e a autonomia local têm de ser necessariamente equilibrados.

## 2. OBJETIVOS E METODOLOGIA

O estudo I propõe um quadro de referência teórico para análise dos processos de gestão da mudança nos sistemas de saúde, subjacentes à proteção e promoção da saúde das populações. Neste sentido, identificam-se e descrevem-se paradigmas predominantes na gestão da mudança da saúde, em função das suas características principais, no que diz respeito à evolução concetual e aos dispositivos de ação, bem como ao enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde.

Assim, este estudo pretende dar resposta à seguinte pergunta de investigação:

- Como evoluíram as conceções e dispositivos de ação da gestão da mudança nos sistemas de saúde, no contexto europeu do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade?

A metodologia utilizada para concretizar os objetivos propostos neste estudo consistiu numa revisão de literatura. Esta revisão foi efetuada através de pesquisa em três bases de dados de publicação (*PubMed*, *JSTOR*, *Web of Science*), bem como pesquisa através do Google Scholar™ nos *sites* de entidades de referência na temática (Organização Mundial de Saúde, Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, Centers for Disease Control and Prevention, entre outros).

As palavras chave utilizadas foram: *change management healthcare; managing change health; change management models in healthcare; health planning; health strategies; health governance; health policy; public health; health systems plans; health systems plans- organization and administration; health plan implementation; state health plans; regional health planning; community health planning; local health strategies*.

Os documentos foram submetidos a uma triagem e foram analisados, se o conteúdo contivesse informação relativa às abordagens de gestão da mudança na saúde no âmbito europeu.

## 3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A partir da revisão concetual efetuada, verificou-se que a evolução da gestão da mudança, relativa à organização da proteção e promoção da saúde das populações está intrinsecamente ligada ao período temporal, à delimitação geográfica do âmbito de atuação, às especificidades históricas, políticas, económicas e sociais, às

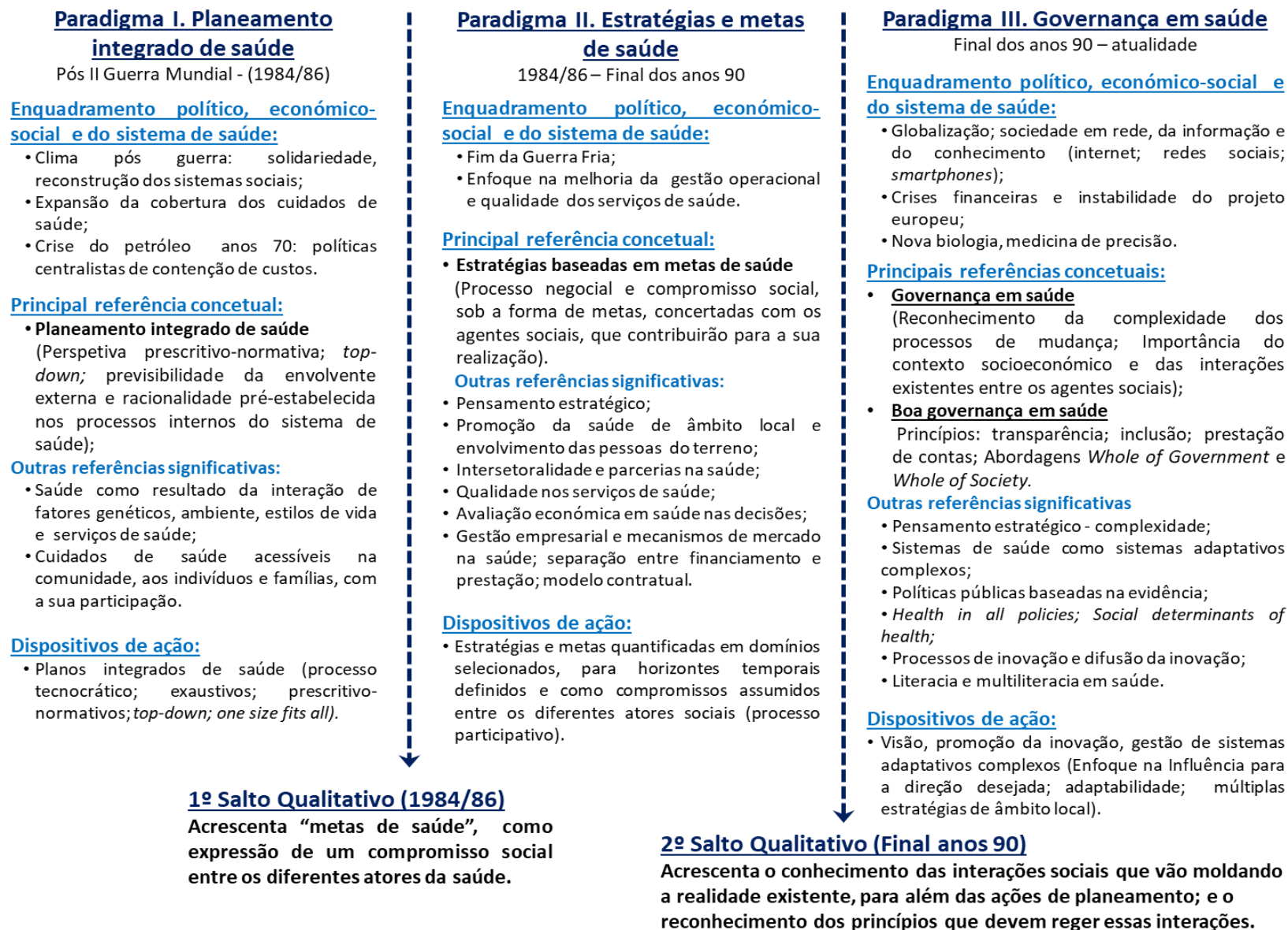
caraterísticas dos sistemas de saúde, bem como aos referenciais concetuais e dispositivos de ação dominantes na promoção e proteção da saúde das populações (WHO, 2010a; Antwi; Kale, 2014; Schmets *et al.*, 2016; Javanparast *et al.*, 2018).

Neste sentido, foi elaborado um quadro de referência para analisar os processos de gestão da mudança nos sistemas de saúde, composto pelas principais referências nestes domínios. Este quadro analítico identifica e carateriza diferentes paradigmas predominantes e sua evolução, em função das suas referências principais, no que diz respeito ao enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde, evolução concetual, e aos dispositivos de ação utilizados na gestão da mudança na saúde, no período temporal compreendido entre o Pós-Segunda Guerra Mundial até à atualidade (1945-2017).

Apesar de na prática poderem existir simultaneamente várias abordagens nos períodos identificados, e as suas fronteiras não serem totalmente estanques, a identificação de paradigmas predominantes é útil como ferramenta intelectual, para compreender as caraterísticas das diferentes abordagens das últimas décadas, retirar ensinamentos e proporcionar indicações para a melhoria destes processos. Deste modo, a transição entre paradigmas é representada por saltos qualitativos, que simbolizam o aparecimento ou evolução das principais referências de gestão da mudança nos sistemas de saúde, no âmbito da melhoria da saúde das populações.

No contexto europeu desde o período Pós-II Guerra mundial até à atualidade, podem ser identificados três paradigmas de gestão da mudança nos sistemas de saúde, que foram configurados através de dois saltos qualitativos. Nomeadamente, i) o Planeamento Integrado de Saúde; ii) as Estratégias e Metas de Saúde; iii) a Governança em Saúde (Figura n.º 16). Cada paradigma e seus componentes são caraterizados e desenvolvidos de seguida.

Figura n.º 16 - Quadro de referência: paradigmas de concepções e dispositivos de ação subjacentes à gestão da mudança nos sistemas de saúde



## **Paradigma I. Planeamento Integrado de Saúde**

O paradigma designado como “Planeamento Integrado de Saúde” foi delimitado pelo período compreendido após a II Guerra Mundial até metade da década de 80.

### **Enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde**

Na Europa do início do século XX, dominou uma perspetiva de “higiene, sanitarismo e a proteção da saúde”. Os poucos que podiam pagar iam ao médico diretamente, os pobres utilizavam as misericórdias e o operariado industrial recorria às mútuas ou caixas de previdência, consequentes do contrato bismarquiano, na Alemanha em 1883; no Reino Unido em 1911, e nos anos 30 nos países do sul da Europa, como Portugal, Espanha, Itália e Grécia (OPSS, 2001).

O período após a segunda guerra mundial ficou conhecido como “a época de ouro do capitalismo”, devido ao acentuado crescimento económico dos países ocidentais, ao longo dos 30 anos do pós-guerra. Este período foi marcado pela cooperação internacional na reconstrução do pós-guerra, pelo estabelecimento de instituições internacionais para facilitar o balanço internacional de pagamentos (Fundo Monetário Internacional) e a promoção de empréstimos a países em desenvolvimento (Banco Mundial). Foi também o período em que vários países da Europa Oriental e da Ásia aderiram à antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, adotando o planeamento central como forma de alocar recursos económicos (UN. Department of Economic and Social Affairs, 2017).

A perspetiva dominante nesta fase foi designada como “engenharia social organizativa”, na medida em que assente nos valores da solidariedade, a maioria dos países europeus enfrentou a reconstrução dos seus sistemas sociais, substituindo a perspetiva de higiene e sanitarismo em vigor até então. A saúde dos indivíduos passa a ser uma responsabilidade do estado (poderes públicos), neste sentido organizam-se e ampliam-se os sistemas sanitários para dar cobertura de cuidados de saúde aos cidadãos (Repullo, 1999; Green, 2007).

Os estados com orçamentos sociais evoluíram para a ideia de políticas públicas. Já não se tratava só de assegurar o acesso a serviços existentes, mas sim de moldar a natureza desses serviços, para realizar os objetivos explícitos das políticas sociais. Tendo em consideração as fragilidades do contrato bismarckiano, Beveridge propôs que o financiamento da proteção social fosse realizado a partir do orçamento geral do estado, um dos pilares de um serviço nacional de saúde (NHS Inglês 1948, Itália 1978; Portugal 1979; Espanha 1986) (Freeman, 2000; OPSS; 2003).

Na década de 60, verificou-se um avanço nos meios de diagnóstico e terapêutica, bem como um desenvolvimento exponencial dos serviços de saúde e extensão da cobertura dos serviços à população. Esta fase foi muito centrada na perspetiva “Mais serviços sanitários equivalem a mais saúde” (Repullo, 1999; Freeman, 2000; Tulchinsky; Varavikova, 2014).

A crise do petróleo em meados dos anos 70 e o “*crash* da bolsa” deram origem a um período de forte recessão económica e à adoção de medidas fortes de contenção de custos e de centralismo por parte dos estados (UN. Department of Economic and Social Affairs, 2017). Esta fase caracterizou-se pelo paradigma (híper) racionalista, a ideia de que é necessário “racionalizar” a formulação das políticas de saúde, de acordo com o seu impacto sobre a saúde da comunidade, impondo-se como o novo paradigma na política de saúde (Green, 2007).

### **Referências concetuais**

O pensamento concetual deste período foi profundamente marcado pela aplicação dos princípios do planeamento à saúde, numa perspetiva racionalista construtivista, defendendo a crença no desenho racional, consciente e deliberado dos sistemas sociais. No âmbito dos sistemas de saúde e da saúde pública, destacam-se as ideias subjacentes ao Relatório de Lalonde e ao reforço dos cuidados de saúde primários.

A aplicação do planeamento racionalista à saúde determina uma forma de pensar assente nos padrões universais de decisão racional, preconizando que a ação racional deverá ser baseada numa ordem cronológica de passos e eventos, cada um levando à seguinte, em direção ao objetivo definido. Deste modo, exige uma revisão radical do que é feito no setor, a introdução de métodos e técnicas para determinar as necessidades de saúde, projetá-las para o futuro e produzir mudanças, na alocação de recursos para atingir potenciais melhorias (Hyman, 1982).

O Relatório Lalonde marcou a redefinição do âmbito da saúde pública, na medida em que sublinhou que a saúde e doença são consideradas como resultado de uma interação entre quatro influências chave: os fatores genéticos; o ambiente; o estilo de vida e os serviços de saúde. Este relatório, publicado no Canadá em 1974, sustentou que para alcançar melhorias na saúde das populações, é necessário olhar para além da perspetiva biomédica clássica, centrada na gestão da doença. Neste sentido, é necessário incluir os grupos de risco, acentuar a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde (Lalonde, 1974).

No final dos anos 70 emergiu a noção de cuidados de saúde primários, preconizando que os sistemas de saúde devem ser organizados, com base numa resposta adequada às necessidades de saúde das pessoas e das suas doenças mais frequentes, sendo este nível primário complementado por níveis hospitalares secundários e terciários. Esta conceção deu um grande impulso à clínica geral, à prevenção da doença, à promoção da saúde e a uma melhor articulação entre a saúde, o setor social e os cuidados continuados. A declaração da Conferência de Alma Ata (1978) definiu os cuidados de saúde primários como “Cuidados de saúde...universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação, a um custo comportável para os países, à medida que estes se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (WHO, 1978).

Neste sentido, a busca de melhores maneiras de investir os recursos, cada vez mais escassos para otimizar a saúde da população, associada à disseminação das ideias subjacentes ao Relatório de Lalonde e de Alma Ata, vieram contribuir significativamente para uma abordagem de gestão da mudança, com vista à melhoria da saúde da população centrada no Planeamento Integrado de Saúde (*Comprehensive Health Planning*).

O planeamento integrado de saúde caracterizou-se essencialmente por abordagens normativo-prescritivas, assentes na progressão ordenada e racional de etapas predefinidas, geralmente definidas pela autoridade de saúde nacional, ou concentrada num número limitado de atores pertencentes ao nível nacional (Repullo,1999). Nesta perspetiva, o estabelecimento de objetivos de saúde centra-se num processo tecnocrático, *top-down* baseando-se no conhecimento, rigor científico e técnico da conceção de objetivos e programas (Wismar; Busse, 2000).

Os seus pressupostos constituem a previsibilidade e controlabilidade da envolvente externa do sistema de saúde, bem como a eficácia de uma racionalidade pré-estabelecida nos processos internos. Esta abordagem preconizava a recolha de muita informação, o estabelecimento de objetivos ambiciosos, planeando quase tudo, subestimando os problemas práticos de implementação, os interesses e motivações dos diferentes atores que influenciam a tomada de decisões (Green, 2007).

O planeamento integrado de saúde constituiu o pai dos “planos de saúde”, volumosos documentos “científicos”, que ficavam desatualizados muito rapidamente, e cuja falta de ancoragem nas variáveis económicas, políticas e sociais, que são difíceis de prever, os transformou em documentos de utilidade limitada, para auxiliar a tomada de decisão, tanto ao nível político como administrativo (Repullo,1999).

A partir da sua perspectiva racionalista, estes planos permitiam interligar, por um lado, os fins (os ganhos de saúde para a comunidade) com os meios (priorização dos recursos, melhoria e eficiência dos serviços), a reorientação para cuidados de saúde primários, comunidade e o trabalho intersectorial (Repullo, 1999).

Porém, em alguns países, o excesso de ênfase dado ao planeamento formal levou a que este se tornasse uma função burocrática. Neste sentido, o planeamento torna-se um fim em si mesmo, ficando submergido pelo próprio processo, em detrimento do seu verdadeiro objetivo de melhoria da saúde através de mudanças estratégicas no setor da saúde. A fase em que processo de planeamento se identifica somente com a produção de um plano, respetivos programas e projetos constitui um sinal claro desta abordagem (Green, 2007).

- **1º Salto Qualitativo: Compromisso social centrado em metas e promoção da saúde de âmbito local**

Nos anos 80, transita-se para um novo paradigma através do aparecimento dos quadros de referência relacionados com as estratégias e metas de saúde, bem como com a promoção da saúde. Designadamente, a estratégia *health for all in the year 2000* (1984) e a Carta de Ottawa (1986) marcaram a transição para este paradigma, em que tendo em consideração as dificuldades do planeamento racionalista, assenta na ideia de que é necessário ultrapassar a ideia dos “planos dos ministérios” e adotar estratégias centradas em metas quantificadas, que constituem compromissos sociais concertados com os agentes sociais que contribuirão para a sua realização.

A Estratégia de Saúde “Health for All 2000” (1985), foi encetada pela Organização Mundial de Saúde para a Europa e foi baseada nas contribuições provenientes do Relatório de Lalonde, das orientações de Alma-Ata, e da iniciativa “Healthy People” nos EUA. Esta estratégia de saúde estabeleceu metas precisas, quantificadas e com horizonte temporal definido, para os diferentes domínios da gestão da doença e dos grupos de risco, da promoção da saúde, da saúde ambiental e dos cuidados de saúde, para além dos instrumentos de informação, comunicação, monitorização, e avaliação necessários para assegurar a realização das metas da estratégia (Wismar; Ernest, 2010).

Este processo de formulação de metas não constituiu somente um exercício técnico, mas um compromisso político dos estados-membros da OMS Europa. Esta foi também construída para servir de referência e estímulo à elaboração e implementação de estratégias de saúde de âmbito nacional, regional e local. Deste modo, em oposição

ao paradigma anterior, este movimento enfatiza uma abordagem participativa assente na importância de “juntar as pessoas” em compromissos sociais, concertados com os agentes sociais, que contribuirão para a sua realização. Assim, cada compromissário organiza as suas ações de acordo com os seus valores e capacidades próprias, em oposição às abordagens *top-down* centralistas (WHO, 1985).

A promoção da saúde constitui a segunda componente do salto qualitativo identificado. Esta emergiu com a iniciativa da OMS Europa, que foi inspirada na experiência da aplicação dos domínios do Relatório Lalonde à cidade de Toronto, iniciou um movimento europeu de “cidades saudáveis” e impulsionou a primeira conferência internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa no Canadá, no ano de 1986. A carta resultante desta conferência emanou as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000, que se encarou como um novo paradigma de saúde pública, designadamente a promoção da saúde mediante a adoção, por parte de todos os países, de estilos de vida saudáveis. Deste modo, este movimento vem reforçar a importância do local e das pessoas no terreno “onde acontecem as coisas” (WHO, 1986).

## **Paradigma II. As estratégias e metas de saúde (1986 - até final dos anos 90)**

De acordo com o referido, a emergência destas duas referências (o movimento da estratégia de saúde para todos no ano 2000; e a promoção da saúde no âmbito local), associada às contribuições vindas do mundo académico no âmbito do pensamento estratégico e gestão, podem ser interpretadas como o fim da etapa da reflexão sistematizada sobre o planeamento integrado de saúde. Inicia-se então um novo paradigma que pode ser designado por **estratégias e metas de saúde**.

### **Enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde**

O final dos anos 80 e a década de 90 foram influenciados pelo término do período do Pós-II guerra, pelo fim da guerra fria, pela dissolução da União Soviética, pela reunificação da Alemanha e pela consolidação da democracia e do “capitalismo”. As políticas de Margaret Thatcher no Reino Unido e de Ronald Reagan nos EUA caracterizaram-se pela redução da intervenção do estado na economia e pelas ideias subjacentes às virtudes do livre-mercado (UN. Department of Economic and Social Affairs, 2017).

No âmbito dos sistemas de saúde, destacou-se um enfoque na melhoria da gestão e funcionamento dos serviços de saúde, bem como uma progressiva evolução dos sistemas que integravam financiamento e prestação, para modelos baseados na

separação entre as responsabilidades de comprar serviços de saúde e da prestação desses mesmos serviços (Figueras; Robinson; Jacubowski, 2005).

### **Referências conceituais**

A partir de meados dos anos 80, o planeamento em saúde enfraquece significativamente no pensamento conceitual dominante, sendo substituído pelos contributos e terminologias provenientes das disciplinas de estratégia, gestão, administração e reformas no âmbito dos cuidados de saúde. Neste sentido, as principais referências deste paradigma constituíram as noções de estratégias de saúde, da promoção da saúde, da intersectorialidade e parcerias, do pensamento estratégico e gestão, da separação entre financiadores e prestadores (contratualização), bem como no desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde.

O planeamento estratégico emergiu na década de 1960 e foi-se desenvolvendo nas décadas seguintes. Este estava enraizado na gestão científica iniciada por Frederick Taylor, como "o melhor caminho" para conceber e implementar estratégias, bem como instruções passo a passo para a realização das mesmas, não deixando margem para erros. No entanto, é necessário distinguir planeamento estratégico de pensamento estratégico (Mintzberg, 1994).

O pensamento estratégico é baseado na síntese, é informal e visionário, resulta de pensamento divergente, da intuição associada à criatividade; enquanto que o planeamento estratégico é um processo analítico, programado e formalizado, utilizando a análise quantitativa e a rigidez. Este pela sua própria natureza é o oposto da criatividade, definindo preservando ou novas categorias ou rearrumando as existentes (Mintzberg, 1994). Na verdade, o planeamento estratégico muitas vezes enviesa o pensamento estratégico, levando os gestores a confundir a visão real com a manipulação de números. E esta confusão está no cerne da questão: as estratégias mais bem sucedidas são visões e não planos (Mintzberg, 1994).

No âmbito do sistema de saúde, a noção da intersectorialidade e da importância das parcerias em saúde foi reforçada num primeiro plano, no âmbito do Tratado de Maastricht da União Europeia (1992). Este estabeleceu a necessidade de ter em conta o impacto sobre a proteção da saúde de todas as outras políticas (artigo 129), o que veio a ser reiterado mais tarde pelo Tratado de Amesterdão.

O *World Development Report* de 1993 introduz a utilização das técnicas de avaliação económica, designadamente as análises custo efetividade e custo utilidade, como

instrumentos fundamentais no processo de decisão. Para medir a carga da doença, este relatório utiliza os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY), e apresenta também o conceito de *package of essential clinic services*. Isto é, o financiamento e a garantia da prestação de um pacote de serviços clínicos essenciais. A abrangência e a composição deste pacote de serviços seriam definidas por cada país, levando em consideração as condições epidemiológicas, as preferências locais e o rendimento (World Bank, 1993).

A dicotomia entre a abordagem dos sistemas de saúde e os programas verticais de saúde emergiu também neste período. Os serviços de saúde (curativos e preventivos) podem ser fornecidos usando dois modelos de prestação: horizontal e vertical. Por prestação horizontal, entende-se os serviços que são prestados através de sistemas de saúde públicos financiados e são comumente referidos como cuidados primários abrangentes (WHO, 1978). A prestação vertical de serviços de saúde implica um direcionamento seletivo de intervenções específicas não totalmente integradas nos sistemas de saúde (Msuya, 2005).

Neste período, existiu um aumento da defesa de programas verticais. Para os doadores e instituições políticas, os programas verticais são atrativos porque mostram resultados rápidos e são mais fáceis de gerir do que os programas horizontais. No entanto, a maioria dos formuladores de políticas em países em desenvolvimento considera que os programas verticais desviam recursos humanos e financeiros de sistemas de saúde, em si já muito limitados de recursos (Msuya, 2005).

Outra referência fundamental neste período foi constituída pela administração pública de tipo empresarial *New Public Management* (NPM). Esta teve origem no Reino Unido e difundiu-se numa primeira fase para os EUA, depois para a Austrália e Nova Zelândia e posteriormente para diversos países. Alastrou-se rapidamente a atividades do tipo comercial e industrial e, por último, para a área social, influenciando substancialmente o setor da saúde, verificando-se a separação entre as responsabilidades de comprar serviços de saúde e da prestação desses mesmos serviços – a contratualização (Figueras; Robinson; Jacubowski, 2005).

O objetivo fundamental consistiu na passagem de uma lógica de gestão de recursos, para uma gestão baseada em resultados. Simultaneamente, garantindo o acesso com qualidade das populações aos cuidados de saúde, combatendo os défices organizacionais, a falta de indicadores de desempenho fiáveis, justos, reais e exigentes, e promovendo a cultura de qualidade. As noções de desenvolvimento da

qualidade foram promovidas por Donabedian a partir dos anos 60, mas tiveram a sua maior disseminação a partir da década de 80 (Donabedian, 1982;1985; OPSS, 2001).

As reformas de cuidados de saúde inspiradas no NPM significaram a abertura à competição e à renovação da prestação de serviços, para melhorar o desempenho organizacional. Essas reformas também enfatizaram as medições de resultados para melhorar a prestação de contas e responsabilização dos prestadores de cuidados, exigiram maior descentralização do processo de tomada de decisão (por exemplo, planeamento, investimento e financiamento dos serviços de saúde) e encorajaram a contratação de serviços públicos e parcerias entre os setores público e privado (Simonet, 2008).

No paradigma das “Estratégias e Metas de Saúde”, tendo em consideração as dificuldades do planeamento racionalista, a abordagem de gestão da mudança na saúde acrescentou “metas de saúde”, como expressão de um compromisso social entre os diferentes atores da saúde, reforçando a importância de um processo participativo, em vez de tecnocrático. Adotou também uma perspetiva que preconiza o estreitamento das áreas de intervenção através da seleção e priorização das áreas a abordar. Deste modo, advoga uma análise ampla ao setor da saúde, que depois forma as bases para uma análise mais pormenorizada das áreas selecionadas para intervenção. Esta perspetiva com uma posição intermédia ficou conhecida por muitos autores como *mixed scanning* (Etzioni 1967; Repullo, 1999).

Os dispositivos de ação preconizados neste paradigma transitam dos planos racionalistas para estratégias centradas em metas como compromissos mensuráveis e quantificados, nas prioridades selecionadas, assentando num processo negocial. Como os critérios, para definir o que é constitui um problema ou uma prioridade, envolvem valores subjetivos como áreas prioritárias, estas já não são aparentemente objetivas como eram sugeridas pelo processo racional do planeamento integrado de saúde. Mas por outro lado, neste modelo levantam-se questões, sobre até que ponto, as premissas ou o sistema de valores que sustentam as decisões são explícitas, e reconhecidas no processo de planeamento.

- **2º Salto qualitativo: sociedade da informação e do conhecimento (Fins dos anos 90 e princípios século XXI)**

No final do século XX, configurou-se a transição para um terceiro paradigma associado à emergência e consolidação das referências ligadas à complexidade dos sistemas de saúde, governança em saúde e inovação em saúde. O mundo tornou-se

mais complexo do que nunca, altamente interligado e dinâmico, devido aos avanços nas comunicações e nos transportes.

O desenvolvimento e massificação das tecnologias de informação e comunicação, como a internet, os computadores pessoais, *smartphones*, e redes sociais alteraram significativamente o modo de comunicação e de relacionamento dos indivíduos, contribuindo para a sociedade em rede.

As ideias que emergiram com este salto qualitativo vieram reforçar a natureza complexa das sociedades, dos processos de formação de decisões coletivas, bem como dos meios para tomar tais decisões efetivamente aplicáveis. Assim, não basta formular estratégias mesmo que baseadas em metas como compromissos sociais concretos, é necessário implementá-las num contexto socioeconómico determinado, e utilizando instrumentos de análise, negociação, gestão e influência adequados à complexidade dos sistemas de saúde e à sociedade moderna.

Deste modo, este salto qualitativo vem acrescentar a importância do conhecimento das interações sociais que vão moldando a realidade existente, para além das ações de planeamento, assim como o reconhecimento dos princípios que devem reger essas interações.

As referências associadas à complexidade enfatizam o reconhecimento que, no estudo dos assuntos humanos, tudo se relaciona com o restante. Estas advertem-nos também para ignorar as ideias que defendem que existem soluções únicas e permanentes para os problemas complexos, como as políticas baseadas em conceitos individuais e planos rígidos. Assim, defendem o entendimento das questões políticas e suas consequências como partes de uma interação incessante, alertando para a constante incerteza e potencial para a mudança de forma abrupta e descontínua (Fuerth, 2009).

Neste âmbito, o conceito de “governança” reemerge associado à ideia de incapacidade de os governos responderem adequadamente aos problemas e desafios colocados pelas novas realidades sociais e políticas do final do século XX. A governança refere-se ao modo como os governos e outras organizações sociais interagem, como estes se relacionam com os cidadãos e como as decisões são tomadas num mundo complexo (Graham, Amos e Plumptre, 2003).

A boa governança para a saúde consiste na capacidade de ativar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta perspetiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa

governança são a centralidade nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação regulares (Kickbusch; Gleicher, 2012). Este paradigma identifica-se mais com uma abordagem incrementalista da mudança, em que o processo de melhoria é realizado “através de erros” ou de uma série de “passos desarticulados”, movendo-se de um modo incremental para atingir o objetivo definido, o grau de movimento em qualquer altura é determinado pelo contexto político.

A inovação em saúde desempenhou também um papel preponderante nesta dimensão das novas ideias. No âmbito da saúde, a inovação significa a introdução de novo conceito, ideia, serviço, processo ou produto destinado a melhorar o tratamento, diagnóstico, educação, divulgação, prevenção e investigação e com os objetivos a longo prazo de melhorar a qualidade, segurança, resultados, eficiência e custos.” (UNESCO, 2010).

### **Paradigma III. A Governança em Saúde**

Alicerçado nestes diferentes elementos, no final da década de 90, transita-se para um terceiro paradigma “a **Governança em Saúde**”.

#### **Enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde**

Ao nível do contexto político, económico e social, este paradigma ficou profundamente marcado pelos elementos descritos anteriormente e que configuraram o segundo salto qualitativo. Reforça-se mais uma vez, o papel da consolidação da democracia, da globalização neoliberal, do desenvolvimento da internet e das tecnologias de informação e comunicação, contribuindo para a sociedade da informação e do conhecimento.

Castells define a sociedade de conhecimento, como uma sociedade na qual as condições de geração de conhecimento e processamento de informação foram substancialmente alteradas por uma revolução tecnológica centrada no processamento de informação, na geração do conhecimento e nas tecnologias da informação (Castells, 1999).

Neste período, pode destacar-se também a moeda única europeia e a estabilidade económica até à crise dos *subprimes*, que deu origem à crise financeira internacional com consequências até à atualidade, na adoção de fortes medidas de austeridade por parte dos estados. Os sistemas de saúde foram profundamente afetados pelas medidas de austeridade, verificando-se uma forte redução no investimento, no

orçamento da promoção e proteção da saúde, na inovação na saúde, na organização e gestão dos serviços de saúde (Economou *et al.*, 2014).

Pode também destacar-se o aparecimento de novas potências económicas mundiais como é o caso da China. Mais recentemente, a saída do Reino Unido da União Europeia veio expressar e reforçar a fragilidade do projeto europeu (UN. Department of Economic and Social Affairs, 2017).

No âmbito da saúde, destaca-se a emergência de um novo tipo de conhecimento, como o papel da evidência (factos) nas políticas públicas e da revolução genómica. A noção de políticas públicas baseadas na evidência deu origem aos observatórios de políticas de saúde ou da governação da saúde. Nomeadamente, a criação, em 1998, do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde pela OMS, do Banco Mundial e de outras organizações nacionais e internacionais reforçaram a noção de políticas públicas baseadas na evidência, ou seja, na adoção de políticas públicas que se traduzem em soluções técnicas que resultam (OPSS, 2001).

Até este período, a prática da saúde pública focou-se maioritariamente nos determinantes ambientais e sociais da saúde e da doença, prestando pouca relevância às variações genómicas das populações. No entanto, com o sequenciamento do genoma humano, no início de 2001, deu-se uma autêntica revolução genómica, com imensas potencialidades no campo da proteção da saúde, controlo da doença e da organização dos serviços de saúde. Neste sentido, o conhecimento gerado pela genómica terá um contributo fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças de origem genética ou crónicas, que são causa de elevada morbilidade e mortalidade.

### **Referências concetuais**

Como descrito anteriormente, as principais referências concetuais deste paradigma centram-se na governança em saúde, boa governança em saúde e complexidade.

A governança em saúde diz respeito às ações e aos meios adotados pela sociedade para organizar a promoção e a proteção da saúde da sua população. No âmbito da boa governança, têm sido difundidas as abordagens *whole-of-government* e *whole-of-society*. A abordagem *whole-of-government* representa a difusão de governança verticalmente entre os diferentes níveis de governo e áreas de governança, bem como horizontalmente em todos os setores. A governação em vários níveis vai de encontro à ideia de que a governança emerge de interações entre uma série de atores estatais e

não estatais que operam em diferentes níveis jurisdicionais, geográficos e organizacionais com diferentes formas e graus de autoridade (Hooghe; Marks, 2003).

A abordagem *whole-of-society* é uma forma de governança colaborativa, que enfatiza a coordenação através da construção de valores normativos e confiança entre os vários atores da sociedade. As abordagens geralmente implicam instrumentos de direção que são menos prescritivos, menos comprometidos com uma abordagem uniforme e menos centralizados e hierárquicos (Kickbusch; Gleicher, 2012).

A teoria da complexidade vem contribuir para uma descrição muito mais realista do fluxo e interação de eventos. Tomson, Páfs e Anders (2014) mostraram como a ciência da complexidade é utilizada na análise emergente, não-linear (imprevisível), das características e níveis dos sistemas de saúde, sugerindo que estes constituem sistemas adaptativos complexos.

No que diz respeito a outras referências significativas, destaca-se o pensamento estratégico, na sua contribuição para o desenvolvimento de abordagens que privilegiam a síntese dos estímulos do ambiente externo e interno para criar uma perspectiva integrada. Como a experiência demonstrou, o modo como era realizado o planeamento estratégico nas décadas de 60 e 70 não faz sentido na atualidade. As abordagens e dispositivos de ação eram desenvolvidos com uma total separação entre o topo e as bases, privilegiando a comunicação *top-down*, que não se coaduna com a imprevisibilidade e complexidade do sistema, nem com a necessidade de envolvimento do maior número possível das pessoas que no terreno desenvolvem a ação (Mintzberg, 1994; 2003).

A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, marcou a transição do debate anteriormente centrado na “organização do sistema” per si, para a análise dos modelos de organização e gestão que realizam melhor os objetivos do sistema de saúde. No ano 2000, a OMS realizou a primeira análise de todos os sistemas de saúde do mundo, utilizando cinco indicadores de desempenho para medir os sistemas de saúde em 191 países membros. Deste modo, avançou-se da noção de resultados para a de desempenho que está focalizada na capacidade de transformar recursos em resultados (WHO, 2000).

Com a publicação do “Health Systems: Improving Performance” (WHO, 2000), foi definido um quadro para a medição do desempenho dos sistemas de saúde, e a compreensão dos fatores que podem contribuir para um bom desempenho nas seguintes áreas: prestação de cuidados, definição de recursos (humanos, materiais e conceituais requeridos para o sistema funcionar), mobilização e canalização do

financiamento e garantia que os indivíduos e as organizações que fazem parte do sistema agem como bons administradores dos recursos e têm confiança nos cuidados prestados.

A importância da intersectorialidade e parcerias foi reforçada neste paradigma, com o desenvolvimento das metodologias do *Health Impact Assessment* e da “Health in All Policies” da responsabilidade da Presidência Finlandesa da EU (2006) com a colaboração do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. Outro marco significativo nesta temática foi constituído pelo Relatório Marmot “Closing the Gap in a Generation Health: equity through action on the social determinants of health” (WHO, 2008). Este documento enfatizou a importância da necessidade de intervir ao nível dos determinantes sociais da saúde.

A informação e comunicação, incluindo a crescente utilização da telemedicina nos cuidados de saúde, são fundamentais para os processos de garantia de qualidade na gestão das organizações e em novas formas de participação do cidadão. Neste âmbito, atualmente existe uma ampla literatura e evidência relativa ao impacto da educação para a saúde, da literacia, da autogestão e da participação do cidadão no desenvolvimento do sistema de saúde, quer ao nível da promoção e proteção da saúde da população, mas também da efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde.

Nomeadamente, a literacia em saúde consiste na “capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político (Kickbusch, 2005). Porém, é imprescindível que este conhecimento e esta capacidade sejam partilhados com o conjunto de atores sociais chave no sistema de saúde, para que estes possam contribuir de forma convergente para a melhoria da saúde da comunidade - multiliteracia.

Neste sentido, a grande complexidade e rápida sucessão de acontecimentos, que caracterizam o mundo de hoje, exigem abordagens adequadas ao contexto socioeconómico e a um conjunto sofisticado de instrumentos de influência. Deste modo, no que diz respeito aos dispositivos de ação, destaca-se a visão em vez dos planos, a promoção e difusão da inovação e a gestão de sistemas adaptativos complexos.

A visão reforça a intenção estratégica, entendida como a alavancagem de todas as capacidades e recursos, para alcançar os objetivos pretendidos. Grande parte da mudança significativa no sistema de saúde tem que vir inicialmente a partir do terreno,

através da sua difusão e não de um processo forçado de cima para baixo (Mintzberg, 2017).

Nos sistemas adaptativos complexos, os processos de mudança devem ser geridos através de múltiplas estratégias de âmbito local, assentes em processos de negociação e compromisso, que considerem as opções mais adequadas a cada território, tendo em conta o contexto de mudança. Estas estratégias aumentam a probabilidade de responder mais adequadamente aos problemas complexos, em comparação a um modelo prescritivo, único e *top-down* (Glouberman; Millar, 2003; Swanson; Bhadwal, 2009).

#### **4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

O estudo sobre a gestão da mudança a nível europeu é fundamental para compreender a evolução e as características das diferentes abordagens, bem como para retirar ensinamentos e indicações úteis sobre estes processos.

Este é um exercício extremamente complexo, dada a sua vasta abrangência, que envolve todos os aspetos do setor da saúde, bem como os outros setores com relevância para a saúde; assim como, existe uma vasta literatura sobre esta temática, onde podem ser identificadas diversas referências teóricas, abordagens e uma multiplicidade de conceitos, muitas vezes utilizados de uma forma pouco clara e objetiva.

Este estudo centrou-se na análise da evolução dos conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à gestão dos processos de mudança, com vista à promoção e proteção da saúde das populações.

A partir da revisão bibliográfica realizada constatou-se que a evolução da gestão da mudança na saúde está intrinsecamente ligada ao período temporal, à delimitação geográfica do âmbito de atuação, às suas especificidades históricas, políticas, económicas e sociais, às características dos sistemas de saúde, bem como aos referenciais conceituais dominantes e instrumentos utilizados (Schmets *et al.*, 2016; Antwi; Kale, 2014). Neste sentido, foi elaborado um quadro de referência analítico da gestão da mudança nos sistemas de saúde contendo estes elementos fundamentais.

A partir deste quadro de referência, desde o período após a II Guerra mundial até à atualidade, a nível europeu foram identificados e caracterizados três paradigmas da gestão da mudança da saúde, a que correspondem três estádios de desenvolvimento

dos conceitos e dispositivos de ação subjacentes a estes processos de mudança nos sistemas de saúde. Nomeadamente, i) o paradigma do “Planeamento Integrado de Saúde”; ii) o paradigma das “Estratégias e Metas de Saúde”; e o iii) paradigma da “Governança em Saúde”.

Cada paradigma foi caracterizado, em função das suas características principais, no que diz respeito ao enquadramento político, económico e social e do sistema de saúde, bem como à evolução concetual e aos dispositivos de ação subjacentes à gestão da mudança na saúde.

O paradigma “Planeamento Integrado de Saúde” foi delimitado pelo período compreendido após a II guerra mundial até metade da década de 80. O pensamento concetual deste período assentou numa perspetiva racionalista construtivista, defendendo a crença no desenho racional, consciente e deliberado dos sistemas sociais. Os dispositivos de ação adotados neste paradigma foram os planos integrados de saúde, ancorados numa perspetiva normativo-prescritiva, que consistia numa progressão ordenada e racional de etapas predefinidas, geralmente definidas pela autoridade de saúde nacional. Estes planos constituíam volumosos documentos “científicos”, alheios às variáveis difíceis de prever do sistema de saúde, pertencentes ao contexto económico e social, e à agenda dos diferentes atores sociais. Nesta abordagem o estabelecimento de objetivos é assente num processo tecnocrático (Hyman, 1982).

Na literatura, vários autores identificam as características, os princípios e o período correspondente à aplicação do planeamento racionalista ao setor da saúde, como a fase do “comprehensive health planning”, reforçando a validade deste paradigma referente aos conceitos e dispositivos de ação na melhoria da saúde das populações (Hyman, 1982; Repullo, 1999; Green, 2007).

A emergência das referências do movimento da estratégia de saúde para todos no ano 2000 e da Carta de Ottawa marcaram a transição para o paradigma, que foi designado por “Estratégias e Metas de Saúde” e que vigorou entre 1984/6 até ao final dos anos 90.

Neste paradigma, o antagonismo ideológico fez com que o planeamento e os planos desaparecessem do discurso e vocabulário vigentes, embora continuassem a ser feitos, para outros termos como “estratégia”, aparecerem no seu lugar. Neste âmbito, também se verificou um fortalecimento da perspetiva institucional e organizacional do planeamento, em detrimento da perspetiva do sistema de saúde ou da população (Repullo, 1999; Green, 2007).

Deste modo, este paradigma preconiza a adoção de estratégias de saúde centradas em metas quantificadas, como compromissos sociais, em que cada compromissário desenvolve os seus programas de ação, de acordo com os seus valores e capacidades próprias. A ênfase nesta perspetiva assenta na discussão e negociação, permitindo mais flexibilidade e um certo grau de autonomia dos vários grupos de interesse, grupos populacionais e organizações envolvidas no processo de planeamento.

Wismar e colaboradores (2008) reforçam a ideia de que a introdução de metas no setor da saúde é frequentemente atribuída à publicação da estratégia da OMS Europa para a “Saúde para Todos”, representando uma mudança abrupta à abordagem predominante. Os autores Kickbush e Buckett (2010) confirmam e salientam a importância da estratégia Health for All da OMS para a Europa, como um marco importante. As características deste paradigma são também corroboradas pela revisão efetuada pela divisão europeia da Organização Mundial de Saúde, que demonstrou que 41 dos então 52 Estados membros adotaram ou delinearam políticas que incluíam metas de saúde embora a sua natureza e implementação tenha variado muito (Wismar *et al.*, 2008).

Na final da década de 90, início do século XXI transita-se para um terceiro paradigma da “Governança em Saúde”. A transição para este paradigma foi alicerçada na emergência e ou consolidação de vários conceitos, como a complexidade, a governança em saúde e a boa governança em saúde.

Este paradigma foi definido em função do espaço e importância na literatura, que as noções e princípios associados à governança e boa governança ocuparam no âmbito das políticas de saúde e da gestão da mudança nos sistemas de saúde (Dodgson; Lee; Drager, 2002; Willke, 200; Kickbusch; Gleicher; 2012; 2014).

Neste período, o mundo tornou-se mais complexo do que nunca, fortemente interligado e dinâmico, devido aos avanços nas comunicações, nos transportes e devido à escala de impacto das nossas ações coletivas. Deste modo, no domínio concetual enfatizou-se a governança em saúde e o incrementalismo adaptativo, como caminhos a seguir na resolução de problemas. No que diz respeito aos dispositivos de ação, destaca-se a visão estratégica, os processos de promoção da inovação em saúde e de difusão da mesma, a negociação e contratualização, a literacia e multiliteracia, bem como os princípios subjacentes à gestão dos sistemas adaptativos complexos.

Mintzberg reforça que grande parte da mudança significativa no sistema de saúde tem de vir inicialmente a partir do terreno, através da sua difusão e não de um processo forçado de cima para baixo (Mintzberg, 2017).

Vários autores destacam que os sistemas adaptativos complexos devem ser abordados por políticas que espelham as características de complexidade. Isto é, a tomada de decisão deve ser descentralizada e a auto-organização ou de rede social deve estar disponível, para permitir que as partes interessadas possam responder rapidamente a eventos imprevistos de maneiras inovadoras (Kickbusch; Gleicher, 2012;2014; Tomson, Påfs e Anders, 2014; Schmets *et al.*, 2016).

## **5. CONCLUSÕES**

Este estudo centrou-se na análise da evolução dos conceitos e dispositivos de ação subjacentes à organização da ação, com o propósito de proteger e promover a saúde das populações.

Desde o período do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade, identificaram-se 3 paradigmas de gestão da mudança a nível europeu, através de um quadro analítico resultante da revisão concetual. Designadamente, o planeamento integrado de saúde; as estratégias e metas de saúde; e a governança em saúde.

No paradigma do “Planeamento Integrado de Saúde”, o pensamento concetual caracterizou-se principalmente pela aplicação dos princípios do planeamento à saúde, numa perspetiva prescritivo-normativa e racional-construtivista. As abordagens adotadas pretendiam recolher muita informação, atingir objetivos de saúde ambiciosos assentes num processo tecnocrático, subestimando os interesses e motivações dos diferentes atores que influenciam a tomada de decisões. Os instrumentos deste paradigma consistiram em planos de saúde integrados *top-down*.

O paradigma das “Estratégias e Metas de Saúde” preconizou abordagens assentes no estreitamento das áreas de intervenção, através da seleção e priorização das áreas a abordar. Os dispositivos de ação consistiram na adoção de estratégias e metas de saúde quantificadas, como compromissos sociais concertados com os agentes sociais que contribuiriam para a sua realização, reforçando a importância do nível local e do envolvimento das pessoas do “terreno”.

O paradigma da “Governança em Saúde” reconhece a natureza complexa das sociedades, dos processos de formação de decisões coletivas, bem como dos meios para tomar tais decisões efetivamente aplicáveis. Não basta formular estratégias mesmo que baseadas em metas como compromissos sociais concretos, é necessário implementá-las num contexto socioeconómico determinado, e utilizando instrumentos de análise, negociação, gestão e influência adequados à complexidade dos sistemas de saúde e à sociedade moderna.

## ESTUDO II. Evolução da gestão da mudança no sistema de saúde no contexto nacional em Portugal Continental



### 1. ENQUADRAMENTO

Para enquadrar a gestão da mudança no sistema de saúde a nível nacional, com vista à melhoria da saúde da população, apresenta-se uma pequena síntese da organização do sistema de saúde português.

#### 1.1 O Sistema de Saúde Português

O sistema de saúde português caracteriza-se pela coexistência de três sistemas, nomeadamente: o Serviço Nacional de Saúde (SNS); os subsistemas de saúde que consistem em regimes especiais de seguros públicos e privados para determinadas profissões ou empresas; e os seguros privados de saúde (Simões *et al.*, 2017).

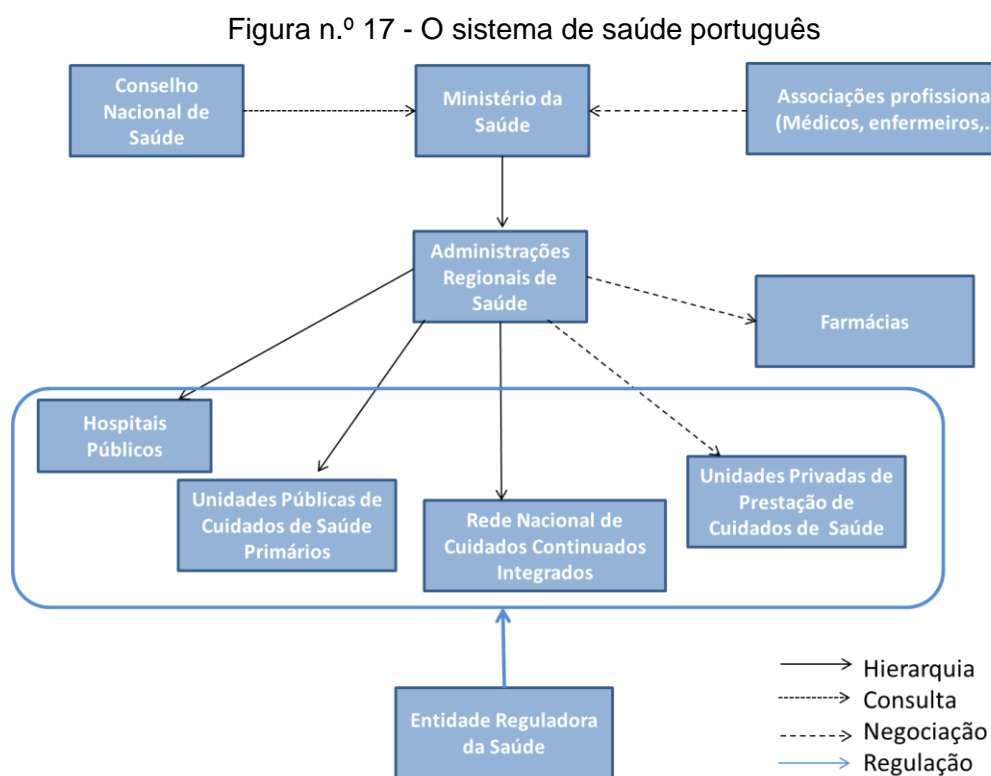
O seu enquadramento jurídico assenta na Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990, que visou estabelecer os princípios gerais para a organização e funcionamento do sistema de saúde.

Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

O governo central através do Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento de políticas de saúde, regulação, planeamento e gestão do SNS, bem como pela regulamentação, auditoria e inspeção dos prestadores privados de serviços de saúde.

O SNS foi estabelecido em 1979 pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Este é constituído por uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde.

O SNS é financiado através do orçamento geral do estado e gerido a nível regional pelas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), que foram introduzidas em 1993 pelo Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro. As ARS têm funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo, avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (Figura n.º 17).



Fonte: Adaptado de Simões et al., 2017.

Cada ARS é responsável pela gestão estratégica da saúde da população, supervisão e controlo dos hospitais, bem como a gestão dos centros de saúde pertencentes ao SNS.

Todos os hospitais pertencentes ao SNS estão sob a jurisdição do Ministério da Saúde, enquanto que os hospitais do setor privado detêm gestão e organização próprias (Simões et al., 2017).

Em Portugal, os cuidados de saúde primários são prestados por um conjunto de prestadores de serviços de saúde de natureza pública e privada, incluindo: os centros de saúde pertencentes ao SNS; o setor privado sem e com fins lucrativos; e os profissionais autónomos.

As unidades prestadoras de cuidados de saúde primários no âmbito do SNS encontram-se integradas em ACES e em Unidades Locais de Saúde (ULS). A integração vertical dos cuidados de saúde foi reforçada desde 1999 pelas ULS, que permitem a integração de hospitais e unidades de cuidados de saúde primários na mesma organização; e as USF e os ACES que emergiram em 2008 através da reforma dos cuidados de saúde primários.

Os serviços de saúde pública estão integrados nos cuidados de saúde primários e incluem a vigilância do estado de saúde, a identificação dos seus determinantes, a promoção da saúde, a prevenção de doenças ao nível da comunidade e a avaliação do impacto na saúde.

Os cuidados secundários e terciários de saúde são prestados principalmente em hospitais, cuja rede foi reorganizada nos últimos anos, nomeadamente os hospitais em 2002 e a rede nacional de cuidados continuados (RNCCI) em 2006. Os hospitais em regime de Parceria Público-Privada (PPP) foram introduzidos em 2010, com infraestruturas novas nos últimos anos.

A RNCCI foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Esta constitui-se como um novo modelo organizacional, sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social.

## **2. OBJETIVOS E METODOLOGIA**

Este estudo analisa os conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde, no contexto nacional em Portugal Continental, no período do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade, bem como os obstáculos que têm vindo a dificultar este processo, e as iniciativas que poderiam contribuir para ultrapassar essas dificuldades. Assim, este estudo pretendeu responder às seguintes questões de investigação:

- Como evoluíram as conceções e dispositivos da ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde de âmbito nacional em Portugal Continental?

- Quais as características dos planos e estratégias da saúde de âmbito nacional em Portugal Continental?
- Quais os principais constrangimentos e obstáculos à operacionalização dos planos e estratégias de âmbito nacional?
- Quais as principais medidas e mecanismos para assegurar que os planos e estratégias de âmbito nacional respondem adequadamente às necessidades da população?

Para realizar os objetivos propostos, a metodologia utilizada consistiu na revisão de literatura, na análise documental, na realização de entrevistas semiestruturadas aos diferentes atores envolvidos, nos vários níveis do processo de formulação e implementação dos planos nacionais de saúde.

A revisão da literatura existente foi realizada em três bases de dados de publicação (*PubMed*, *JSTOR*, *Web of Science*), utilizando palavras-chave referentes aos aspetos em estudo. Tendo em conta a natureza da temática, foi também efetuada uma pesquisa através do *Google ScholarTM*, nos *sites* de entidades de referência na temática (DGS, ACS; OPSS, INSA; Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, entre outros) e no RCAP. Os documentos foram submetidos a uma triagem e foram analisados, se o conteúdo contivesse informação relativa ao planeamento, estratégia e governança em saúde no âmbito nacional.

As palavras-chave utilizadas foram: planeamento em saúde; estratégias de saúde; governança em saúde; saúde pública; política de saúde; plano nacional de saúde; programas de saúde; e estratégias locais de saúde.

Foram realizadas 18 entrevistas no período em estudo; das quais, três foram de caráter exploratório sobre a temática e desenho do estudo, enquanto que as restantes 15 entrevistas foram semiestruturadas em concordância com o princípio da saturação (Guerra, 2006). Este princípio preconiza que o número de entrevistas deve ser suficiente, mas não excessivo, para que não se chegue a um ponto em que já nada se recolhe de novo ou de diferente quanto ao objeto de pesquisa.

Na seleção dos peritos para a realização das entrevistas procurou-se observar o princípio da diversidade; isto é, procurou-se garantir que as entrevistas considerassem a heterogeneidade dos sujeitos e dos fenómenos em estudo, de forma a salvaguardar que a investigação abordasse a realidade, tendo em conta todas as suas múltiplas variações e especificidades (Guerra, 2006).

Foram utilizados diferentes guiões de entrevista, consoante o nível de planeamento e o âmbito da atividade profissional dos entrevistados. Os guiões e o perfil dos entrevistados estão disponíveis no anexo 1. No tratamento dos resultados das entrevistas foi realizada análise de conteúdo, de acordo com o preceituado por Bardin (2009).

No que diz respeito à análise documental, elaborou-se uma grelha de análise adaptada de Butterfoss e Dunet (2005), e procedeu-se à análise dos quatro documentos estratégicos a nível nacional: “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”; o “Plano Nacional de Saúde 2004-2010”; “Plano Nacional de Saúde 2012-2016” e o “Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020”. As componentes analisadas consistiram: na entidade responsável; no diagnóstico da situação; no envolvimento dos *stakeholders*; nos objetivos e metas; na seleção da população e das estratégias para intervenção; na integração das estratégias com outros programas e implementação do plano; nos recursos para a implementação do plano; na monitorização e avaliação; e na acessibilidade e comunicação do plano (a grelha de análise documental está disponível no anexo 1).

### **3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

- **Como evoluíram as conceções e dispositivos da ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde, de âmbito nacional em Portugal Continental?**

A partir do quadro analítico proposto no estudo I, foi possível compreender e caracterizar a evolução dos conceitos e dispositivos de ação, subjacentes aos processos de melhoria da saúde da população a nível nacional em Portugal Continental, desde o período do Pós-Segunda Guerra Mundial até à atualidade. A análise inclui o enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde, o pensamento concetual dominante e os dispositivos de ação utilizados. Os seus principais elementos estão ilustrados na figura n.º 18.

Figura n.º 18 - Evolução dos conceitos e dispositivos de ação referentes à gestão da mudança na saúde a nível nacional em Portugal Continental

### Enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde:

- Institutos e programas verticais para a tuberculose, lepra e saúde mental, misericórdias e organizações de âmbito social (1945);
- Estado novo: características de país subdesenvolvido;
- Década de 60: planos de fomento;
- Anos 70: crise do petróleo; Gab. Planeamento de saúde Ministério da Saúde; CS de 1ª geração;
- Saúde um direito para todos (1976); SNS (1979);
- ARS (1993); Agências de contratualização (final anos 90); Hospitais SA; Hospitais EPE(2002);
- 2011-2014 *Troika*.

### Principais referências concetuais

- Planeamento integrado de saúde; estratégias e planos baseados em metas.

### Outras referências significativas:

- Do sanitarismo aos cuidados de proximidade (CSP);
- Promoção da saúde; Intersetorialidade e parcerias;
- Descentralização da gestão operacional; eficiência e qualidade nos serviços de saúde;
- *New Public Management* e contratualização;
- Literacia e envolvimento cidadão.

### Dispositivos de ação (planos e programas de saúde verticais top-down)

- Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002);
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010; Programas de saúde prioritários;
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016;
- Plano Nacional de Saúde : Revisão e extensão a 2020.

Portugal no Pós-II guerra mundial foi profundamente marcado pelo regime de ditadura do Estado Novo, pela guerra colonial portuguesa, pela emigração e êxodo rural. O país apresentava características de país subdesenvolvido, com uma economia baseada no setor da agricultura, pouco desenvolvida, atrasada e assente numa filosofia de autossuficiência. A partir de 1945, surge um surto industrial e urbano, assim como a instituição da Lei de Fomento e Reorganização Industrial. Porém, somente na década de 60 é que Portugal adota uma política de abertura ao exterior e de reforço da economia privada (Neves, 1994).

No âmbito da saúde, existiam institutos e programas verticais para a tuberculose, lepra e saúde mental. As misericórdias e instituições de solidariedade social atendiam os pobres, enquanto que os serviços médicos e sociais das caixas de previdência prestavam cuidados aos trabalhadores, expressão do contrato bismarckiano que chegou a Portugal em 1946 (OPSS,2001; Sousa,2009).

Na década de 60 foram lançadas ações, técnicas e práticas metódicas de planeamento setorial, no âmbito da antiga Direção Geral da Assistência Social, que na época estava inserida no Ministério da Saúde, com apoio de informação e executivos

de pequenos núcleos constituídos nas Direções Gerais de Saúde e dos Hospitais (Imperator; Giraldes, 1993).

Esta foi também a década dos planos de fomento e de um avanço considerável nos meios de diagnóstico e terapêutica. O primeiro plano com base numa estrutura, que incluiu um capítulo da saúde foi o plano intercalar de fomento (1965-1967), porém este realizou-se com base numa estrutura de planeamento ainda muito incipiente. Mais tarde, a preparação do III Plano de fomento (1968-1973) dispôs de um grupo de trabalho permanente no âmbito da Comissão Interministerial de Planeamento, embora ainda não existisse uma estrutura de planeamento com funções permanentes (Imperator; Giraldes, 1993).

Em agosto de 1970 é criado o gabinete de planeamento da saúde no Ministério da Saúde e Assistência, através do Decreto n.º 397/70 de 20 de agosto. Este destinava-se a assegurar e coordenar a atuação do Ministério, na preparação e execução dos planos de fomento, bem como a estabelecer as ligações com os órgãos centrais e interministeriais de planeamento (Imperator; Giraldes, 1993).

Na sequência da revolução de abril 1974, é elaborada a Constituição da República Portuguesa (1976), que consagrou a saúde como um direito de todos. Durante os anos 70, a política de saúde foi fortemente influenciada pelo desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e pela implementação do Serviço Nacional de Saúde em 1979. As abordagens de saúde pública do passado, centradas na proteção da saúde - vacinação, proteção materno-infantil e saneamento ambiental foram canalizadas para os cuidados de saúde primários, nomeadamente para os centros de saúde. No contexto de um país que enfrentava os processos de democratização e descolonização, as exigências de gestão do SNS constituíram um grande desafio (OPSS, 2001).

Até aos finais da década de 70, a organização do planeamento ficou aquém das expectativas, nomeadamente pela falta de participação e de descentralização, bem como por uma insuficiente integração sistematizadora. Institucionalizou-se o “planeamento em saúde”, mas esta foi mais uma obrigação administrativa do que um instrumento efetivo para gerir a mudança (Sakellarides *et. al.*, 2006).

Na década de 80, o Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde dinamizou uma nova fase de planeamento, com a definição de circuitos funcionais para a preparação dos planos aos vários níveis e a integração de setores que condicionam a saúde. Esta metodologia estava enraizada no “country health programming” da OMS

e em Portugal ficou designada como “planeamento integrado de saúde (Brissos, 2004).

Os planos integrados de saúde continham três princípios fundamentais. Designadamente: uma visão multissetorial dos problemas; um processo participado envolvendo autarquias, profissionais, responsáveis locais dos serviços e de instituições; e uma unidade geográfica delimitada com características próprias e problemas específicos. Esta nova abordagem foi utilizada na elaboração dos planos de Trás-os-Montes (distritos de Vila Real e Bragança), Alentejo (distritos de Évora, Beja e Portalegre), Castelo Branco e Viana do Castelo. Embora esta metodologia tenha por base uma análise multissetorial, esta só foi utilizada na parte do diagnóstico de situação. No que diz respeito à componente da programação, apesar de se ter tentado uma abordagem multissetorial, só foi parcialmente conseguida (Brissos, 2004).

Na década de 80, a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE) permitiu o recurso ao financiamento europeu, para desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas, onde se incluía a área da saúde. Assim, tornou-se possível a expansão de instalações e equipamentos do SNS, o que assegurou que uma proporção crescente da riqueza do país fosse destinada à saúde (Sousa, 2009).

Inspirada na estratégia *health for all 2000* da OMS-Europa, na década de 90, surgiu a “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002”. Esta constituiu a primeira estratégia de saúde de âmbito nacional, com horizonte temporal definido, assente em metas concretas a médio e longo prazo, que explicitavam o “compromisso da saúde”, em termos facilmente acessíveis e que permitiam identificar a contribuição de cada um para a sua realização. A estratégia saúde um compromisso, constituiu um quadro de referência para o estabelecimento de metas de saúde a nível local, assim como para as iniciativas concretas que as permitiam realizar (Portugal. MS, 1999).

Nesta década, também se verificou a introdução no país de dois movimentos europeus, no âmbito da promoção da saúde e importância do nível local, nomeadamente as escolas promotoras da saúde e o projeto das cidades saudáveis. Em 1994, Portugal aderiu à Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, cujos objetivos consistiam no investimento em estilos de vida saudáveis para toda a população escolar. Designadamente, através do desenvolvimento de um ambiente propício à promoção da saúde, com ligações à família e à comunidade, tendo em consideração os fatores físicos, sociais e mentais (Loureiro, 1999).

A Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis foi formalmente constituída em outubro de 1997, por um conjunto de 9 municípios, com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida das comunidades. Esta enquadra-se no Movimento das Cidades Saudáveis da OMS e a sua intervenção baseia-se nos princípios e estratégias da “Saúde para Todos no século XXI”.

No sistema de saúde português, no fim da década de 90, destacam-se várias iniciativas influenciadas pelo *New Public Management*, nomeadamente: a criação das agências de contratualização (1998); a remuneração associada ao desempenho através do regime remuneratório experimental (1998); a criação da ULS Matosinhos; a constituição do Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2000) e a criação de 34 hospitais entidades públicas empresariais (EPE) em 2002 (OPSS, 2003).

Sobretudo, a partir de 2003, inicia-se o desenvolvimento do PNS 2004-2010 através de um documento base para discussão, que foi debatido publicamente e amplamente difundido pelos meios de comunicação social, organismos do Ministério da Saúde e setores afins da sociedade civil. Foram realizados trabalhos temáticos por especialistas nas matérias relacionadas, consultas internacionais e fóruns nacionais e regionais. Deste modo, configurou-se um processo mais estável e sustentado no desenvolvimento de estratégias de saúde no país. Este plano baseou-se em 40 Programas Nacionais e 4 coordenações nacionais para os programas de saúde prioritários - Saúde Mental; Doenças Oncológicas; VIH-Sida; e Doenças Cardiovasculares (Portugal. MS. DGS, 2004).

O ano de 2008 ficou marcado pela forte recessão económica, originada pela crise económica e financeira internacional, que atingiu mais intensamente países económica e socialmente mais frágeis. Em 2011, Portugal recorreu a um pedido de financiamento extraordinário junto da União Europeia (EU), do Banco Central Europeu (BCE) e do FMI, que deu origem ao memorando de entendimento. Este programa acordado com a *Troika* apontou um vasto conjunto de medidas de racionalização e melhoria da eficiência. Ao nível económico e social, este período caracterizou-se pelo aumento do desemprego, carga fiscal, preços de serviços, taxas moderadoras, a diminuição das remunerações da função pública e dos pensionistas e pelo empobrecimento da classe média (OPSS, 2012).

A construção do PNS 2012-16 teve como pontos de partida a reflexão sobre a elaboração e implementação do PNS anterior, a dinamização de diferentes grupos de trabalho, análises especializadas setoriais, desenvolvidas por peritos nacionais com

consultoria internacional e discutidas publicamente. Ao nível dos instrumentos facilitadores de participação ativa, destacam-se o *site* do PNS, as redes sociais, a *newsletter*, os fóruns nacionais e regionais, a audição de pontos focais de diferentes ministérios, das ordens profissionais e de outros organismos.

No entanto, o período de vigência no PNS 2004-2010 terminou e, apesar de todo o investimento realizado e de todos os recursos que lhe foram alocados, não foi substituído pelo novo plano. Somente no final de junho de 2012, foi publicitado no *site* da Direção-Geral da Saúde, o início da fase de implementação do PNS 2012-2016. Este plano enquadrava 9 programas de saúde prioritários e posteriormente foram adicionados mais dois programas (OPSS, 2013). Em 2015, realizou-se uma revisão e extensão do PNS a 2020.

Assim, da revisão de literatura efetuada, constatou-se que os instrumentos por excelência que têm vindo a ser utilizados na gestão da mudança do sistema de saúde com vista à melhoria da saúde da população, em Portugal até à atualidade, são constituídos por planos de saúde abrangentes, baseados em metas, assentes em perspetivas *top-down* em cascata. Neste sentido, estudaram-se mais aprofundadamente estes instrumentos.

- **Quais as características dos planos e estratégias da saúde de âmbito nacional em Portugal Continental?**

Em Portugal Continental, foram identificados quatro documentos de âmbito nacional baseados em objetivos e metas, com prazos pré-determinados para a sua realização, com vista ao desenvolvimento do sistema de saúde e à melhoria da saúde da população. Nomeadamente, i) a “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002); ii) o Plano Nacional de Saúde 2004/2010; iii) o Plano Nacional de Saúde 2012- 2016 ; iv) e a Revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020.

A análise documental realizada a estes documentos permitiu identificar as suas características, relativamente às componentes identificadas na grelha de análise adotada. O quadro n.º 3 resume essas características, que posteriormente são desenvolvidas em cada componente, designadamente: entidade responsável; diagnóstico da situação; envolvimento dos *stakeholders*; objetivos e metas; seleção da população e das estratégias para intervenção; integração das estratégias com outros programas e implementação do plano; recursos para a implementação do plano;

monitorização e avaliação; acessibilidade e comunicação do plano. O quadro com a análise documental integral pode ser consultado no anexo 2.

Quadro n.º 3 - Características dos planos e estratégias da saúde de âmbito nacional

<b>Entidade Responsável</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégia 98: DGS</li> <li>• PNS 2004-2010: DGS/ACS</li> <li>• PNS 2012-2016: ACS/ DGS</li> <li>• PNS Extensão 2020: DGS</li> </ul>
<b>Diagnóstico de situação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque crescente, quer ao nível da quantidade, fundamentação e exaustividade da informação apresentada (estado de saúde e sistema de saúde).</li> </ul>
<b>Envolvimento dos stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescente, quer ao nível do envolvimento precoce na elaboração dos documentos, quer ao nível do seu desenvolvimento e implementação.</li> </ul>
<b>Objetivos e metas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação de metas quantificadas para o período temporal definido: Estratégia 98 (95 metas); PNS 2004-2010 (122 metas); PNS 2012-2016 (56 metas); Revisão a 2020 (4 metas).</li> <li>• Crescente transparência e fundamentação relativa à metodologia de definição de metas.</li> </ul>
<b>Seleção da população e das estratégias para intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégia 1998 (8 áreas principais de atuação);</li> <li>• PNS 2004-2010 (vários tipos de estratégias e abordagens para diferentes grupos populacionais);</li> <li>• PNS 2012-2016 e Extensão PNS 2020 (4 eixos estratégicos)</li> </ul>
<b>Integração das estratégias com outros programas e implementação do plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNS (2004; 2012; 2020) - Multiplicidade de programas verticais abrangidos, mas não referem mecanismos de coordenação entre os programas.</li> <li>• Abordagem de implementação <i>top-down</i> em cascata através de interlocutores regionais e locais;</li> </ul>
<b>Recursos para a implementação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de mecanismo de cativação de recursos próprios, ficando dependente dos orçamentos das instituições envolvidas no processo.</li> </ul>
<b>Avaliação e monitorização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Através de indicadores de processos e resultados referentes às metas estabelecidas PNS 2004-2010 (122); PNS 2012-2016 (56); Extensão PNS 2020 (4)</li> </ul>

### Entidade responsável

O documento “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” constituiu a primeira estratégia escrita e explícita, com vista à melhoria da saúde da população. Esta foi elaborada entre 1996 e 1999, sob a coordenação da Direção Geral da Saúde (DGS) e consistiu um marco importante na história do planeamento da saúde, dando início a uma nova cultura de pensamento estratégico (PORTUGAL. MS, 1999).

Ainda sob a responsabilidade do Diretor Geral da Saúde, que acumulava as funções de Alto-Comissário da Saúde, em 2002 e 2003 encetou-se uma atividade significativa com vista à elaboração do PNS 2004-2010, tanto a nível técnico na análise dos

principais problemas e necessidades em saúde, como na promoção da participação dos diferentes *stakeholders*, a nível nacional e internacional (PORTUGAL. MS.DGS, 2004).

Em 2005, é autonomizada a figura do Alto-Comissário da Saúde (ACS), responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010, assim como pela elaboração do próximo. O ACS assume várias funções estratégicas no sistema de saúde: preside a comissão de acompanhamento interministerial do PNS; centraliza a Direção de Serviços de Coordenação Internacional e os apoios financeiros a projetos de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS); tem a responsabilidade das Coordenações Nacionais para as áreas prioritárias do PNS. Porém, os restantes 40 Programas Verticais mantiveram-se no âmbito da DGS.

Em 2011, o período de vigência do PNS 2004-2010 terminou e não foi substituído por um novo plano ou estratégia. O ACS foi extinto e com a aprovação da nova lei orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 124/2011), a responsabilidade do PNS foi dividida por dois organismos da administração central: a DGS, enquanto entidade que assegura a sua execução e a elaboração do PNS; e o Instituto Nacional de Saúde (INSA), enquanto entidade responsável pela sua avaliação.

No final de junho de 2012, foi publicitado o início da fase de implementação no *site* da Direção-Geral da Saúde, divulgando a versão completa do mesmo. Posteriormente, em 2013 foi publicada a versão resumo e o roteiro estratégico para a implementação do PNS.

Em 2015, realizou-se a revisão e extensão do PNS a 2020, de acordo com as Grandes Opções do Plano para 2015 (Proposta de Lei n.º 253/XII) e as recomendações da OMS Europa sobre a implementação do PNS (Portugal. MS. DGS, 2015).

### **Diagnóstico de situação**

O documento “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” identifica oito áreas de atuação principais, designadamente: cidadão e comunidade; melhor saúde; acesso a serviços de qualidade; profissões da saúde; investir em saúde; gerir os recursos da saúde; informação conhecimento e comunicação em saúde; cooperação internacional. Esta estratégia não contém um capítulo exclusivamente dedicado ao diagnóstico de situação, mas apresenta a descrição quantitativa da situação com dados de evolução e projeções em

determinadas áreas, nomeadamente no ciclo vital e família, qualidade de vida e determinantes da saúde e problemas específicos de saúde.

Os PNS 2004-2010 e 2012-2016 contêm capítulos próprios com a caracterização da situação, apresentando a descrição quantitativa da situação com dados referentes ao estado de saúde e determinantes de saúde, bem como dados referentes ao sistema de saúde, com a organização de recursos, prestação de cuidados e financiamento. A extensão do PNS a 2020 não contém capítulo de diagnóstico de situação e apresenta dados de situação para as quatro metas definidas.

Da primeira estratégia ao PNS 2012-2016, verifica-se uma relevância crescente dada às componentes do diagnóstico de situação, ao nível da quantidade, fundamentação e exaustividade da informação apresentada, sobre o estado de saúde e sistema de saúde.

### **Envolvimento dos *stakeholders***

Todos os documentos referem a participação e envolvimento de diferentes *stakeholders*, no processo de construção da estratégia e dos planos, quer ao nível interno com as organizações pertencentes ao setor da saúde, quer ao nível externo com organizações pertencentes a outros setores.

A primeira estratégia contou com o envolvimento e consulta, de um número considerável de profissionais e organizações, pertencentes ao setor da saúde e a outros setores com impacto na saúde, de âmbito nacional. Porém, foi a partir do PNS 2004-2010 que se intensificou e estruturou um processo mais profundo, alargado de consulta e de envolvimento de *stakeholders*. Neste âmbito, foram realizados vários fóruns regionais e um fórum nacional de saúde, constituídos vários grupos de trabalho temáticos, compostos por especialistas em matérias selecionadas. Foi também com este plano que se iniciaram consultas internacionais, designadamente à OMS Europa, OCDE e Conselho da Europa.

O PNS 2012-2016 contou ainda com mais participação no seu processo de desenvolvimento. Foram dinamizados diferentes grupos de trabalho e instrumentos facilitadores de participação ativa (*Site* do PNS, redes sociais, Boletim “Pensar saúde”, fóruns nacionais e regionais, entre outros), audição de pontos focais de diferentes Ministérios, Ordens Profissionais e outros organismos, bem como criado um Conselho Consultivo e efetuadas consultas internacionais. Neste sentido, a sua revisão para 2020 foi realizada de acordo com as recomendações e acompanhamento da OMS

Europa, Conselho Consultivo e de Acompanhamento, do Grupo de Peritos e dos colaboradores dos diferentes departamentos na Direção-Geral da Saúde.

Denotou-se que o envolvimento dos *stakeholders* foi crescente ao longo dos diferentes planos, quer ao nível do envolvimento precoce no seu desenho e construção dos documentos, quer ao nível do seu desenvolvimento e implementação.

### **Objetivos e metas**

A estratégia de saúde identificou oito principais áreas de atuação. Para cada um destes domínios definiram-se metas de 5 a 10 anos e estabeleceram-se as orientações necessárias à sua realização. Estas áreas abrangeram desde a “vida ativa”, ao “envelhecimento”, à saúde escolar dos jovens, à depressão dos mais velhos, incluindo também domínios como o acesso aos serviços de saúde, a gestão de recursos (incluindo a informação), o medicamento e a cooperação europeia.

O PNS 2004-2010 identificou três grandes objetivos estratégicos. Para cumprir estes objetivos, o plano propôs diferentes tipos de estratégias com a identificação de metas quantificadas para 2010. Nomeadamente: estratégias gerais no âmbito das escolas, local de trabalho e prisões; estratégias para obter mais saúde para todos, relativas à abordagem centrada na família e no ciclo de vida e abordagem à gestão integrada da doença; e estratégias para a gestão da mudança, relativas ao sistema de saúde e à acessibilidade do medicamento. Na totalidade foram constituídas 122 metas no que se refere às estratégias e abordagens identificadas.

O PNS 2012-2016 apresenta quatro objetivos para o sistema de saúde. Para cada objetivo são explicitados os conceitos, as orientações e evidência (nível político; organizacional; profissionais de saúde; nível individual) e a visão para 2016. Foram constituídas 56 metas (com valor base relativo a 2001 e 2009; projeção 2016 e meta 2016), em que 19 são no âmbito dos ganhos em saúde (áreas da mortalidade; morbilidade e incapacidade); e 37 metas relativas ao estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde (áreas da mortalidade; morbilidade; qualidade; efetividade; acesso; eficiência).

Na revisão a 2020, propõem-se quatro metas para 2020, das quais duas ficam condicionadas ao desenvolvimento atempado do sistema de informação. Designadamente, a redução da mortalidade prematura, o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, a redução do consumo de tabaco e redução do excesso de peso e obesidade infantil.

Da primeira estratégia de saúde para o PNS 2012-2016, verificou-se uma complexificação dos objetivos e estratégias definidas. Os objetivos apresentados eram

genéricos e a especificação e quantificação foi realizada ao nível das metas. O número de metas identificadas foi variável nos diferentes documentos, sendo que o maior número ficou adstrito ao PNS 2004-2010 com 122 metas, observando-se uma redução nos documentos seguintes para 56 e 4 metas. Denotou-se também uma crescente transparência e fundamentação relativa à metodologia de definição de metas.

### **Seleção da população e das estratégias para intervenção**

À semelhança do que se verificou na componente anterior, no que diz respeito à seleção da população e das estratégias para intervenção, verifica-se uma complexificação das estratégias definidas da primeira estratégia de saúde para o PNS 2004-2010. O primeiro identificou 8 áreas principais de atuação, enquanto no PNS 2004-2010 foram identificados vários tipos de estratégias, com diferentes abordagens para diferentes populações, dificultando a sua priorização.

Em vez de estratégias, o PNS 2012-2016 apresentou quatro eixos estratégicos, que descreveu como perspetivas do âmbito responsabilidade e competência de cada agente do sistema de saúde, cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspetiva de sistema de saúde. Estes eixos foram a cidadania em saúde; a equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; a qualidade em saúde; e as políticas saudáveis. Para cada eixo estratégico são explicitados os conceitos, as orientações e evidência (nível político; organizacional; profissionais de saúde; nível individual); e a visão para 2016. Na revisão do PNS a 2020, para cada eixo estratégico é também identificado um conjunto de propostas.

### **Integração das estratégias com outros programas e implementação do plano**

A primeira estratégia referiu que as cinco regiões do país estabeleceram as suas estratégias regionais numa base operacional. Bem como, que constituía um quadro de referência para o estabelecimento de metas de saúde a nível local, assim como para as iniciativas concretas que as permitiam realizar.

O PNS 2004-2010 identificou algumas estratégias para garantir a execução do Plano, como mecanismos de acompanhamento do plano; cativação de recursos; diálogo; quadro de referência legal. Este plano baseou-se em 40 Programas Nacionais e 4 coordenações nacionais para programas de saúde prioritários (saúde mental; doenças oncológicas; VIH/Sida; e doenças cardiovasculares).

O PNS 2012-2016 refere que “estabelece também uma lógica para a identificação de ganhos em saúde, definição de metas e de indicadores, bem como um enquadramento para programas prioritários de saúde, de âmbito nacional, regionais e setoriais, facilitando a integração e articulação de esforços e a criação de sinergias”.

No âmbito do PNS 2012-2016, em 2013 foi publicado um roteiro estratégico genérico para a sua implementação, onde um dos pontos consistiu na articulação entre o PNS e os programas prioritários de saúde (PORTUGAL. MS. DGS, 2013). Posteriormente, foram realizados roteiros estratégicos de implementação em temáticas específicas por peritos nacionais. Este plano enquadrava 9 programas de saúde prioritários (Diabetes; VIH/SIDA; Prevenção e Controlo do Tabagismo; Promoção da Alimentação Saudável; Saúde Mental; Doenças Oncológicas; Doenças Respiratórias; Doenças Cérebro-cardiovasculares; Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos). Posteriormente, são incluídos os programas prioritários da Tuberculose; Hepatites Virais e a Promoção da Atividade Física (Despacho n.º 6401/2016).

À semelhança do PNS 2004-2010, a revisão para 2020 identifica mecanismos de cativação de recursos, referindo que “de modo a garantir a implementação do Plano deverão ser negociadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças normas de atribuição de recursos, que garantirão que as recomendações do PNS serão implementadas”. Adicionalmente, define também diferentes orientações para a implementação, designadamente 19 orientações estratégicas e 27 orientações específicas para a sua implementação.

Existe uma multiplicidade de estratégias e programas abrangidos por estes documentos, mas estes não referem mecanismos de coordenação entre os programas e estratégias, podendo contribuir para a fragmentação e descoordenação das intervenções necessárias e dificultando uma abordagem global aos grupos de risco identificados.

### **Recursos para a implementação**

A Estratégia de Saúde de 98 distinguiu três dimensões na realização desta nova política de saúde: medidas imediatas ou de curto prazo, mudanças estruturais e instrumentos para a gestão da mudança. Esta definiu metas concretas a médio e a longo prazo que explicitavam o “compromisso da saúde” e que permitiam identificar a contribuição de cada um para sua realização.

O PNS 2004-2010 refere, como mecanismos de cativação de recursos, a criação de um Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI) do MS, o ACS como responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010 e elaboração do próximo, bem como os apoios financeiros a projetos de IPSS; e a responsabilidade das Coordenações Nacionais para as áreas prioritárias do PNS.

No âmbito do PNS 2012-2016, foi publicado um roteiro para a implementação, onde consta que “os investimentos, estruturas, serviços e recursos existentes devem ser orientados de acordo com os princípios e objetivos do PNS. Poderão ser considerados outros fundos disponíveis para projetos de financiamento diretamente relacionados com o PNS. É desejável que no âmbito do Plano de Comunicação e do *microsite* seja possível criar uma estratégia de divulgação das oportunidades de financiamento existentes”.

À semelhança do PNS 2004-2010, a revisão a 2020 refere mecanismos de cativação de recursos “de modo a garantir a implementação do Plano deverão ser negociadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças normas de atribuição de recursos, que garantirão que as recomendações do PNS serão implementadas”.

Deste modo, constata-se que nenhum destes planos dispõe de mecanismo de cativação de recursos próprio, ficando dependente dos orçamentos das instituições envolvidas no processo, o que pode ser um fator de constrangimento à sua implementação.

### **Monitorização e avaliação**

Foi previsto fazer uma primeira monitorização da Estratégia de Saúde no final de 1999, o que não aconteceu. No âmbito do PNS 2004-2010, foi criado pelo ACS um sistema de monitorização do PNS (*microsite* indicadores e metas do PNS, ACS, 2010), mais tarde expandido para um sistema de base geográfica e comunitária (WebSIG /Mapas Interativos), integrador de várias bases de dados disponíveis. A monitorização do PNS, responsabilidade do ACS até 2011, assentou no acompanhamento da evolução de 122 indicadores de saúde, distribuídos ao longo das diferentes fases do ciclo de vida do indivíduo.

A estratégia de monitorização do PNS 2012-2016 definiu três grandes conjuntos de indicadores; designadamente, ganhos em saúde; estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde; e execução das ações e recomendações do PNS. Efetivamente, foram definidos 56 indicadores, dos quais 19 são no âmbito dos ganhos em saúde

(áreas da mortalidade; morbilidade e incapacidade); e 37 relativos ao estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde (áreas da mortalidade; morbilidade; qualidade; efetividade; acesso; eficiência).

Na revisão do PNS a 2020, definiram-se 4 indicadores em concordância com os indicadores do European Core Health Indicators da União Europeia, para permitir a realização de cálculos para comparação internacional, a projeção ao ano 2020, e a comparação inter-regional. Integrou-se ainda um conjunto de indicadores para medir a implementação de políticas nacionais ou de caracterização sociodemográfica. O painel de indicadores a incluir na monitorização é constituído por 7 indicadores da situação sociodemográfica e económica, 11 indicadores de estado de saúde, 5 indicadores de determinantes em saúde, 14 indicadores de recursos e produção em saúde.

### **Acessibilidade e comunicação**

À exceção da estratégia de saúde de 98, as versões integrais dos restantes documentos estão disponíveis e acessíveis no *site* da Direção-Geral de Saúde.

A estratégia de saúde de 98 não contém capítulo de comunicação e divulgação, referindo só que “constitui também um importante instrumento de informação, comunicação e participação, estabelecendo códigos concetuais e normalizando a linguagem em termos que facilitam a análise e o debate da saúde”. Este documento detém 103 páginas e está escrito com linguagem simples e acessível.

O PNS 2004-2010 também não contém capítulo de comunicação e divulgação explícito. Porém, na componente das estratégias para garantir a execução do plano - mecanismos de diálogo refere a “necessidade de um esforço continuado de comunicação através de contactos com os profissionais da comunicação social e com outros atores da sociedade civil, do meio académico, das organizações profissionais e das instituições de saúde. Este esforço deverá ser concretizado através da realização de Fóruns Regionais e Nacionais, através de mecanismos contemplados na secção da mudança centrada no cidadão e de alguns mecanismos contemplados na secção sobre a capacitação do sistema para a inovação.” Este plano é constituído por 2 volumes. O Volume I intitula-se “Prioridades” com 86 páginas e o Volume II designa-se “Orientações estratégicas” e contém 214 páginas.

No que diz respeito ao PNS 2012-2016, foi publicada a sua versão completa no *site* da DGS. Esta versão subdivide-se em capítulos que perfazem um total de 370 páginas. Denotou-se uma complexificação destes documentos, quer ao nível da linguagem e conteúdos, bem como na estruturação dos documentos, comparativamente à primeira

estratégia. Posteriormente, foi também publicada e amplamente disponibilizada a versão resumo, com 76 páginas, que sumarizou e simplificou este documento. Foi também publicado e disponibilizado o roteiro para a implementação (18 páginas) onde consta especificamente o desenvolvimento de um plano de comunicação.

A extensão e revisão para 2020 apresentou-se também como um documento mais sintético, com 38 páginas, pretendendo ter um papel agregador e orientador das medidas consideradas mais relevantes, para obtenção de mais ganhos em saúde. Nos mecanismos de diálogo refere que este “requer um esforço continuado de comunicação através de diversas ações que compõe um plano de comunicação desenhado para o efeito”.

- **Quais os principais constrangimentos e obstáculos à operacionalização dos planos e estratégias de âmbito nacional em Portugal Continental?**

A partir da análise de conteúdo das quinze entrevistas semiestruturadas realizadas a diferentes atores-chave, nos processos de formulação e implementação dos planos e estratégias, foram criadas categorias e foi contabilizado o número de entrevistados que referiram essas categorias. Neste sentido, o quadro n.º 4 apresenta as diferentes categorias que constituem os obstáculos e constrangimentos que foram identificados e o número de entrevistados que as referiram.

Quadro n.º 4 - Constrangimentos e obstáculos à operacionalização dos planos e estratégias de âmbito nacional

<b>Constrangimentos e obstáculos identificados</b>	<b>Total de entrevistados</b>
Pouca valorização do planeamento em saúde e falta de alocação de recursos humanos, técnicos e financeiros ao seu desenvolvimento;	12 entrevistados
Crise económico-financeira e medidas de forte contenção de custos no sistema de saúde;	10 entrevistados
Dissociação entre o planeamento em saúde, o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos;	9 entrevistados
Fragmentação, sobreposição de competências e difícil articulação entre as instituições no âmbito do planeamento da saúde;	8 entrevistados
Dispersão, falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes	7 entrevistados

Falta de articulação entre o PNS e os programas de saúde verticais e falta de alinhamento entre os diferentes níveis de planeamento (nacional; regional e local);	6 entrevistados
Cultura de planeamento com dificuldades em definir prioridades, objetivos adequados; e pouco investimento, avaliação e implementação;	6 entrevistados
Fraco compromisso político na sua implementação e constantes mudanças nas lideranças das organizações;	4 entrevistados
Dificuldade na gestão regional e local dos diferentes programas, objetivos e metas de saúde.	3 entrevistados

Os obstáculos e constrangimentos na operacionalização dos planos e estratégias de âmbito nacional, que foram mais referidos, consistiram na pouca valorização e reconhecimento associados às atividades do planeamento em saúde e falta de alocação de recursos humanos, técnicos e financeiros ao seu desenvolvimento.

A crise económico-financeira em Portugal, que motivou fortes medidas de restrição orçamental, contenção de custos e recursos no sistema de saúde foram referidas por 10 entrevistados. A dissociação entre o planeamento em saúde, o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos, bem como a fragmentação, sobreposição de competências e difícil articulação entre as instituições no âmbito do planeamento da saúde foram referidas por 9 e 8 entrevistados.

A dispersão e a falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes foram referidas por 7 entrevistados.

- **Quais as principais medidas e mecanismos para assegurar que os planos e estratégias de âmbito nacional respondem adequadamente às necessidades da população em Portugal Continental?**

No que diz respeito às medidas e mecanismos, através da análise de conteúdo das quinze entrevistas semiestruturadas efetuadas aos diferentes atores-chave, nos processos de formulação e implementação dos planos e estratégias, foram criadas categorias e foi contabilizado o total de entrevistados que referiu essas categorias. Deste modo, no quadro n.º 5 são identificadas as categorias que constituem as medidas e mecanismos, assim como o total de entrevistados que as indicaram.

Quadro n.º 5 - Medidas e mecanismos para assegurar que os planos e estratégias de âmbito nacional respondem adequadamente às necessidades da população

Iniciativas e medidas	Total de entrevistados
Melhoria da articulação, envolvimento das organizações (dentro e fora do setor da saúde) no âmbito do planeamento em saúde;	11 entrevistados
Melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação e melhoria dos dados e informação para o processo de planeamento em saúde;	9 entrevistados
Alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos e contratualização;	7 entrevistados
Reforço na ligação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local);	7 entrevistados
Aumento da literacia em saúde da população e capacitação da sociedade civil;	6 entrevistados
Maior enfoque na priorização, implementação, avaliação e benchmarking;	6 entrevistados
Garantia do compromisso político e clarificação de papéis das organizações nos diferentes níveis diferentes de planeamento de saúde;	5 entrevistados
Alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde;	5 entrevistados
Reforço do foco nos determinantes de saúde, na promoção da saúde e prevenção da doença.	4 entrevistados

Das medidas e mecanismos identificados para assegurar que os planos e estratégias de âmbito nacional respondem adequadamente às necessidades da população, a que obteve maior número de referências pelos entrevistados consistiu na melhoria da articulação, envolvimento e compromisso das organizações internas e externas ao setor da saúde, reforçando assim a importância do processo de planeamento em saúde como amplamente participado e como um compromisso social.

A melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação foi identificada por 9 entrevistados, enquanto o alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos e contratualização, assim como o reforço na ligação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local) foram referidos por 7 entrevistados.

#### 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Em Portugal, desde a década de 60, têm sido elaborados planos como instrumentos para a gestão da mudança centrada na melhoria da saúde da população. Mas o processo mais estruturado de elaboração de estratégias e planos de saúde só se

iniciou na década de 90 com a estratégia de saúde, “saúde um compromisso: uma estratégia de saúde para o virar do século”.

Posteriormente, foram constituídos os objetivos de saúde a nível nacional constantes no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e respetivos programas de saúde, que foram sucedidos pelo PNS 2012-2016 e os seus 11 programas de saúde prioritários. Atualmente, está em vigência a revisão e extensão do PNS a 2020, que foi ampliado em alinhamento com a estratégia de saúde europeia “Health 2020”.

A partir da análise documental efetuada aos planos nacionais de saúde, foi possível constatar, que ao nível do diagnóstico de situação existiu um enfoque crescente, ao nível da quantidade, fundamentação e exaustividade da informação apresentada sobre o estado de saúde e sistema de saúde. Relativamente ao envolvimento dos *stakeholders*, foi também crescente quer ao nível do envolvimento precoce na elaboração dos documentos estratégicos, quer ao nível do seu desenvolvimento e implementação. Denotou-se também uma crescente transparência e fundamentação relativa à metodologia de definição de metas. Quanto à integração das estratégias com outros programas, observou-se que os diferentes planos enquadram uma multiplicidade de programas, mas não referem mecanismos de coordenação entre os programas e estratégias.

A sua abordagem de implementação é feita numa perspetiva de cima para baixo (*top-down*), em cascata através de interlocutores regionais e locais. Porém, nenhum destes instrumentos dispõe de mecanismo de cativação de recursos próprio, ficando dependente dos orçamentos das instituições envolvidas no processo. A avaliação e monitorização dos três planos nacionais de saúde foi prevista através de indicadores de processos e resultados referentes às metas estabelecidas.

Estes resultados são corroborados pela avaliação do Plano Nacional de Saúde de Portugal (2004-2010), realizada pela Organização Mundial da Saúde para a Europa em 2008 e 2009. Como aspetos positivos na elaboração do PNS 2004-2010, foram destacados: a participação alargada dos intervenientes do sistema de saúde; o consenso quanto às prioridades e suporte para decisores políticos e profissionais de saúde; e o compromisso político estável e alargado. Como aspetos negativos, apontaram: a inclusão de opções políticas de suporte à sustentabilidade do SNS e do sistema de saúde; a hierarquização de indicadores e metas, permitindo maior clareza ao estabelecimento de prioridades; a necessidade de maior ênfase nos determinantes sociais da saúde e na distribuição da saúde, utilização de serviços e financiamento; as estratégias para recursos humanos, qualidade e segurança e maior foco nos

resultados em saúde; e a definição do processo de cálculo de metas e da atribuição de ganhos em saúde (WHO, 2010b).

Neste âmbito, em 2012 o OPSS também identifica algumas insuficiências no PNS e os seus programas, afirmando que contêm défices de conceção graves, ficando incapacitados de produzir resultados de saúde, que lhe sejam atribuíveis e de serem avaliáveis. Nomeadamente: a insuficiente identificação dos determinantes de saúde modificáveis; deficiente definição de objetivos de resultado (efeito e impacto); ações desajustadas aos objetivos ou insuficiente convicção dos executores, quanto ao poder do programa; dispositivo de avaliação de resultados incipiente; e à impossibilidade de atribuir eventuais mudanças nos indicadores de resultado de saúde, ao PNS ou aos programas. No inquérito realizado por esta entidade, quanto ao modo de implementação do PNS, os inquiridos consideraram que é realizado, na sua maioria, através de programas verticais nacionais, embora considerem a ação conjunta da aplicação dos programas verticais e dos planos locais de saúde a mais adequada (OPSS, 2012).

No que diz respeito ao modo de implementação dos planos nacionais de saúde, o estudo II defende que esta tem sido realizada segundo uma abordagem *top-down*, promovendo a implementação dos vários programas nacionais verticais, através de representantes e ou interlocutores regionais e locais para cada programa. Esta abordagem de cima para baixo, promovendo a implementação dos planos nacionais de saúde e vários programas nacionais verticais, através de representantes e interlocutores regionais e locais para cada programa, gera dificuldades na sua implementação e na realização das metas estabelecidas.

Quanto ao processo de implementação do PNS 2004-2010, a avaliação do Plano Nacional de Saúde de Portugal (2004-2010) que foi realizada pela OMS, identifica como aspetos positivos: a criação de uma função e de uma estrutura (ACS), incrementando a transparência e a responsabilização do sistema de saúde; a comissão interministerial de acompanhamento; o reforço de ligação entre o planeamento regional e nacional; o envolvimento de organizações da sociedade civil e de outros setores; a monitorização sistematizada de indicadores de saúde, a nível nacional e regional (WHO, 2010b).

Como aspetos a melhorar, esta avaliação apontou: a falta de alinhamento entre estratégia, decisão e implementação; a fragmentação da função de planeamento entre as instituições; a ausência de política de incentivos e de promoção do desempenho e da melhoria contínua da qualidade; a dificuldade na gestão dos numerosos programas

de saúde a nível local; o pouco envolvimento de outros setores do governo e de colaboração intersectorial; o sistema de informação fragmentado, pouco disponível ou inexistente; a não aplicação sistematizada de estratégias locais de saúde; e o baixo envolvimento dos doentes e do cidadão (WHO, 2010b).

No que diz respeito ao PNS 2012-2016, a avaliação da OMS considera que o documento é excelente e está em grande medida alinhado com a maioria dos elementos da abordagem da estratégia europeia "Health 2020". Está assente em princípios e valores explícitos, é amplo e extenso com um forte objetivo de obter ganhos de saúde, e é construído sobre uma base sólida evidência. No que diz respeito ao seu processo de implementação, esta avaliação considera que o PNS poderia beneficiar de ações de implementação mais tangíveis, bem como da clarificação de papéis e responsabilidades dos diferentes intervenientes/atores (WHO, 2015).

A este respeito, a dimensão e o nível de detalhe deste PNS transformam a sua implementação e monitorização num desafio, tanto no setor da saúde, como no trabalho com outros setores. Um grande desafio será implementar o PNS numa sociedade, que está sobre medidas de austeridade severas, aspeto a que poderia ter sido dada mais atenção. No que diz respeito ao apoio à implementação regional e local, esta avaliação refere que "o nível central deve manter as funções clássicas de gestão e emanação de orientações, da avaliação e do acompanhamento das políticas, mas deve ser concedida alguma autonomia às autoridades regionais e locais para ajustarem a implementação do PNS às necessidades locais», bem como que "o Ministério da Saúde deve evitar o controle central excessivo, permitindo às autoridades locais a margem de que precisam, para adaptar as suas ações, aos seus contextos únicos" (WHO, 2015).

Os resultados das entrevistas do estudo II, no que diz respeito aos obstáculos e constrangimentos na operacionalização dos planos e estratégias de âmbito nacional, identificaram como principais obstáculos: a insuficiente valorização do planeamento em saúde; a falta de alocação de recursos humanos, técnicos e financeiros ao seu desenvolvimento; a crise económico-financeira em Portugal; a dissociação entre o planeamento em saúde, o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos; a fragmentação, sobreposição de competências e difícil articulação entre as instituições no âmbito do planeamento da saúde; e a falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes.

Relativamente às medidas e mecanismos identificadas para assegurar que os planos e estratégias de âmbito nacional respondem adequadamente às necessidades da

população, os entrevistados identificaram: a melhoria da articulação, envolvimento e compromisso das organizações internas e externas ao setor da saúde; a melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação; o alinhamento entre o planejamento da saúde, o planejamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos e contratualização; assim como o reforço na ligação entre os diferentes níveis de planejamento em saúde (nacional, regional e local).

Neste âmbito, com a finalidade de refletir sobre o processo de planejamento, gestão e operacionalização do PNS, a nível regional e local, o OPSS, em 2013, desenvolveu um estudo baseado numa técnica de grupo nominal. O grupo de peritos manifestou um reconhecimento inequívoco da importância do PNS, enquanto documento enquadrador e de referência para a ação em saúde. Os peritos consideraram que o grau de implementação do PNS, a nível regional e local, ainda se encontrava numa fase inicial, tendo existido uma clara discrepância entre o investimento considerável que foi alocado ao processo de construção, em detrimento da fase de implementação.

Alguns dos obstáculos identificados consistem no elevado número de programas, metas e indicadores tornando difícil a sua gestão e operacionalização ao nível local, sendo que estes devem constituir essencialmente referências e estímulos para a ação regional e local, mas terão de ser convenientemente adaptados às circunstâncias e especificidades locais através do desenvolvimento e implementação de estratégias locais de saúde. O insuficiente alinhamento estratégico entre o processo de implementação do PNS, o compromisso político e as políticas de saúde, assim como a não existência de mecanismos de articulação e comunicação entre os diferentes níveis e a falta de termos de referência para a ação, dificultam a operacionalização das metas do PNS, ao nível regional e local. O desconhecimento dos mecanismos de monitorização e avaliação, as diferentes dificuldades no sistema de informação, bem como a dificuldade na implementação das estratégias locais de saúde (OPSS, 2013).

Relativamente às medidas e mecanismos para garantir que a estratégia de saúde responde adequadamente às necessidades da população, o grupo de participantes desta técnica de grupo nominal considerou necessário priorizar a intervenção em áreas e grupos mais vulneráveis, recorrendo a instrumentos de avaliação das desigualdades sociais em saúde ao nível local, e à definição das estratégias de saúde baseadas na evidência das reais necessidades da população e das intervenções efetivas em saúde. Foi considerado relevante também o aumento da literacia em saúde da população e a garantia do seu maior envolvimento junto das estruturas de saúde, bem como o investimento na promoção da saúde e a prevenção da doença, através do reforço dos cuidados de saúde primários e da ação intersectorial. A garantia

do compromisso político com as estratégias de saúde e o alinhamento entre os vários níveis de planeamento em saúde, bem como o investimento na clarificação dos papéis dos principais atores, foram considerados fundamentais para que a estratégia de saúde responda às necessidades reais da população (OPSS, 2013).

Simões e colaboradores argumentam que Portugal não tem estruturas ou órgãos intersetoriais permanentes. As decisões em áreas como planeamento urbano ou transportes não são realizadas em parceria com o setor de saúde. As avaliações do impacto na saúde não foram institucionalizadas em Portugal, nem foram elaboradas orientações específicas (Simões *et al.*, 2017).

A literatura identifica alguns elementos de boas práticas no desenvolvimento e implementação de planos e estratégias de saúde de âmbito nacional, mais robustos, eficazes e credíveis. Nomeadamente, um processo de negociação amplo e participado, realismo, conteúdo abrangente, equilibrado e coerente, ligação com planos de médio prazo e planos subnacionais e a ligação com programas de saúde existentes (WHO, 2010a).

Existe um longo debate na literatura a respeito das abordagens *top-down* e *bottom-up*. Num dos extremos, temos ideia de uma política perfeitamente pré-formada, que requer apenas a execução e os únicos problemas que suscita são os de controle. No outro extremo, a ideia que persiste é que a política é apenas uma expressão de princípios e aspirações básicas, uma questão para a reflexão filosófica e debate político (Nolte; Knai; Saltman, 2014).

Em muitos casos, a descentralização e desconcentração tem sido justificada pelo princípio da subsidiariedade, que foi definido como: o princípio que tenta garantir que as decisões sejam tomadas tão próximo quanto possível do cidadão (Oxford University Press, n.d.). É reconhecido que a subsidiariedade melhora a governança, na medida em que fortalece o envolvimento dos *stakeholders*, a avaliação das consequências e responsabilização dos decisores.

A descentralização do poder de decisão e responsabilidade administrativa, para o nível local, pode ser um mecanismo importante para facilitar as respostas políticas positivas em circunstâncias imprevistas. Em princípio, ter as decisões tomadas perto dos cidadãos mais afetados é uma forma de proporcionar um melhor *feedback* e garantir que os decisores políticos estão bem informados sobre os problemas e efeitos das intervenções propostas, bem como a natureza dos diferentes interesses (Swanson; Bhadwal, 2009).

Esta ideia também é defendida por Mintzberg, que preconiza que grande parte da mudança significativa nos cuidados de saúde deve vir do terreno para o topo, e difundir-se entre este, ao invés de um processo forçado do topo para o terreno em vez do topo para o terreno. Um dos exemplos que aumentou a qualidade e cortou custos nos cuidados de saúde foi a difusão da cirurgia de ambulatório, que emergiu de uma preocupação dos clínicos do terreno com a demora média (Mintzberg, 2017).

Gerir problemas complexos da saúde das populações, num contexto de incerteza e imprevisibilidade, exige a reavaliação de algumas formas tradicionais de trabalho e de resolução de problemas, desafiando as estruturas de governança, as competências de base e a capacidade organizacional.

Apesar de as abordagens locais terem mais probabilidade de se aproximarem das reais necessidades da população, não existem abordagens ideais que se adequem a todos os contextos. Deste modo, é necessário encontrar um equilíbrio entre os objetivos de saúde nacionais, o consenso e a legitimidade política, com as iniciativas e interações dos diferentes agentes sociais existentes no terreno.

## **5. CONCLUSÕES**

Com este estudo, a partir da aplicação do quadro de referência analítico, foi possível observar que os conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde a nível nacional, em Portugal Continental, estão ainda muito ancoradas no paradigma do planeamento integrado de saúde e estratégias de saúde e ainda incorporam poucos elementos do paradigma da governança em saúde.

Foi possível constatar que até aos finais da década de 70, a gestão da mudança na saúde ficou marcada pela falta de participação e de descentralização, bem como por uma insuficiente integração sistematizadora. Nos anos 80, o departamento de estudos e planeamento da saúde dinamizou uma nova fase com a preparação de planos aos vários níveis e a integração de setores que condicionam a saúde.

No final da década de 90, iniciou-se o processo sistematizado de elaboração de estratégias e planos nacionais de saúde (1998-2002; 2004-2010; 2012-2016; extensão até 2020), concomitantemente com a existência de programas verticais dedicados a problemas de saúde específicos. Estes são os instrumentos por excelência que têm vindo a ser utilizados na gestão da mudança da saúde em Portugal até à atualidade. Estes planos de saúde são baseados em metas e programas verticais de saúde,

assentes em perspetivas prescritivo-normativas, a implementar segundo um modelo *top-down* em cascata para os níveis regionais e locais.

As conclusões deste estudo apontam para que os conceitos e dispositivos de ação a nível nacional beneficiariam da maior incorporação de elementos dos paradigmas da governança em saúde. Isto é, o processo de gestão da mudança com vista à melhoria da saúde da população beneficiaria da evolução do papel do Ministério da Saúde como planeador puro, para um papel de planeamento e intermediação, transitando de uma abordagem única *top-down*, para uma abordagem pluralista, com maior ligação entre os diferentes níveis de planeamento, entre as diferentes organizações dentro e fora do setor da saúde.

Deste modo, considera-se que seria útil transitar para estratégias como enquadramento para a ação local, incorporando os princípios da boa governança, assente num processo negocial, mais flexível e em que cada compromissário se responsabiliza pela elaboração dos seus próprios programas, de acordo com os seus valores e capacidades.

## ESTUDO III. Gestão da mudança no sistema de saúde de âmbito local em Portugal Continental



### 1. ENQUADRAMENTO

Para enquadrar a gestão da mudança a nível local, com vista à melhoria da saúde da população em Portugal, este estudo aborda a reforma dos cuidados de saúde primários e da saúde pública, o processo de contratualização, os instrumentos de gestão, os sistemas de informação e as competências das autarquias na saúde.

A reflexão sobre os instrumentos, que têm vindo a ser utilizados a nível local em Portugal é fundamental para identificar as suas potencialidades e limitações, bem como para identificar as iniciativas para ultrapassar estas limitações, de modo a obter melhores resultados de saúde na população. Neste sentido, este estudo apresenta uma proposta de *framework* de governança local, organizada através de estratégias locais de saúde.

#### 1.1. A reforma dos cuidados de saúde primários e da saúde pública

Os centros de saúde constituem 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 (Gonçalves *et al.*, 2008).

Em 2005, foi iniciada a reforma dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de melhorar o desempenho dos centros de saúde através da sua reorganização em equipas multiprofissionais. Esta reforma assentou em cinco vertentes essenciais, nomeadamente: uma rede descentralizada de equipas; a concentração de recursos e

partilha de serviços; a descentralização da gestão para o nível local; a adoção da governação clínica; e da participação da comunidade (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009).

O conceito central e o elemento estrutural desta reforma foram o trabalho em equipa. Para este efeito, foram criados cinco tipos diferentes de equipas, consoante as necessidades de saúde a satisfazer. Estas equipas são constituídas pelas diferentes unidades funcionais dos centros de saúde: as Unidades de Saúde Familiares e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, centradas nos cuidados à pessoa e à família; as Unidades de Cuidados na Comunidade, com intervenções no âmbito dos grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade; as Unidades de Saúde Pública, responsáveis pelas intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional; e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados que asseguram e rentabilizam serviços específicos, assistenciais e de consultadoria às restantes unidades funcionais do ACES. Estas unidades complementam-se entre si, estão mais próximas dos cidadãos e assumem compromissos de acessibilidade e qualidade (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, a legislação referente ao funcionamento dos centros de saúde datava de 1971, tendo sido reformulada em 1982 e profundamente alterada em 1999, pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. Este último diploma estabelecia um modelo ideal de centro de saúde. Contudo, este estava desajustado da realidade portuguesa, motivo pelo qual teve pouca ou nenhuma aplicação prática. O Decreto-Lei n.º 28/2008 criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. Os ACES são serviços desconcentrados da respetiva ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção.

### **Serviços de saúde pública**

De acordo com Barbosa (2014), a saúde pública é constituída por um corpo de profissionais que se encontra próximo da administração pública. Através da sua capacidade técnica e da informação que recolhe e trata, a saúde pública deve ser facilitadora na tomada de decisões em políticas de saúde, no que diz respeito a planear, incrementar e avaliar intervenções estratégicas úteis à saúde da população. Contudo, o seu papel nem sempre tem sido valorizado, tendo sido frequentemente minorizada comparativamente aos prestadores de cuidados agudos.

Com a reforma dos cuidados de saúde primários e consequente criação dos ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008), foram criadas as Unidades de Saúde Pública (USP). No artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, pode ler-se que a USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

O Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, vem reestruturar os serviços de saúde pública, distinguindo-se quer no plano operacional quer na organização de serviços, distinguindo dois níveis de atuação, designadamente regional e local. No artigo 3.º, consta que os serviços de natureza operativa de saúde pública são serviços públicos, criados em função da dimensão populacional residente na área respetiva de intervenção, com competência para:

- a) identificar necessidades de saúde;
- b) monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- c) promover a investigação e a vigilância epidemiológicas;
- d) avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;
- e) gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- f) participar na execução das atividades dos programas descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente.

## **1.2 O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários**

Em Portugal, a primeira agência de contratualização foi criada em 1996 na Região de Lisboa e Vale do Tejo e as restantes agências, uma para cada região, foram criadas nos anos seguintes. Deste modo, o processo de contratualização foi sendo consolidado, mediante a definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação, acompanhamento e de uma estrutura nacional integradora dos diferentes

intervenientes no processo, o Secretariado Técnico das Agências. No entanto, em 2000/2001, verificou-se um progressivo enfraquecimento deste processo por motivos de diversas ordens.

Em 2005, assiste-se ao retomar do processo de contratualização, oficialmente com a publicação do Despacho n.º 22 250/2005, de 25 de outubro. Emergiu, assim, uma nova tentativa de revitalização das agências de contratualização e da contratualização baseada na produção, mas também, com preocupações ao nível do impacto e dos resultados para os cidadãos (OPSS, 2006).

A contratualização de cuidados de saúde primários no SNS determina o conjunto de orientações e tarefas específicas para a contratualização nos cuidados de saúde primários, criando incentivos à adoção das melhores práticas de governação clínica e contribuindo para que se encontrem soluções concretas em função das necessidades, dos recursos e das condições efetivamente existentes para a prestação de cuidados de saúde à população.

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários pressupõe a negociação, acompanhamento e avaliação de indicadores e metas, bem como a negociação do compromisso assistencial global das unidades funcionais. Este compromisso é desenhado em função dos recursos humanos e materiais necessários, ao cumprimento do plano de ação e do manual de articulação com as restantes Unidades Funcionais do ACES.

Reforça-se a determinação de que os Diretores Executivos (DE) e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (PCCS) dos ACES assumem a responsabilidade plena do processo de contratualização interna, com as Unidades Funcionais que compõem o ACES. Aos Departamentos de Contratualização das ARS compete a função de acompanhar a qualidade, a coerência dos processos de contratualização e assegurar a sua adequação e robustez técnica (Portugal.MS.ACSS, 2016).

### **1.3 Instrumentos de gestão dos ACES**

O Plano de Desempenho e o Contrato-Programa dos ACES são os dois instrumentos, por excelência, de transferência de autonomia e de responsabilidade para os responsáveis dos cuidados de saúde primários.

O DE e o PCCS do ACES elaboram uma proposta de Plano de Desempenho, que inclui, entre outros componentes, propostas de metas para os indicadores de desempenho, que negociam posteriormente com a respetiva ARS, no âmbito da

contratualização externa. O processo negocial culmina com a assinatura do Contrato-Programa (Portugal.MS.ACSS, 2016).

O Contrato-Programa é o documento que o ACES deve outorgar com a ARS e está alinhado com o definido no Plano de Desempenho, identificando claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes, as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES. Os objetivos e metas assistenciais expressos no Contrato-Programa não correspondem necessariamente a todos os indicadores apresentados em Plano de Desempenho (Portugal.MS.ACSS, 2016).

O Plano de Desempenho está organizado em nove grandes áreas: (1) Caracterização; (2) Linhas estratégicas; (3) Plano de Atividades; (4) Plano de Formação; (5) Mapa de Equipamentos; (6) Mapa de Recursos Humanos; (7) Indicadores de Desempenho; (8) Plano de Investimentos e (9) Orçamento-Económico (Portugal.MS.ACSS, 2016).

#### **1.4 Sistemas de informação**

Apesar dos investimentos significativos, os sistemas de informação dos CSP apresentam insuficiências, ao nível da vertente instrumental (*hardware e software*), que necessita de ser melhorada, para facilitar a utilização eficaz e eficiente da informação armazenada nas diferentes aplicações.

Como fontes de informação de âmbito local, podem destacar-se a informação que é recolhida no âmbito do SIARS. Esta é essencialmente relacionada com indicadores de morbilidade, monitorização e contratualização, que foi organizada com o objetivo de facilitar o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção, com base nas necessidades em saúde da população. Destacam-se também, os dados do Instituto Nacional de Estatística e a informação sobre o internamento hospitalar (base de dados de Grupos de Diagnóstico Homogéneos - GDH).

Porém, o SIARS recolhe informação de outros programas de saúde como o SAM, SAPE e SINUS. É assim necessário algum cuidado na análise destes dados, uma vez que eles estão dependentes do registo que é efetuado em cada um deles, em cada unidade, e dentro desta pelos profissionais de saúde. Por isso, a quantidade e a qualidade do registo refletem-se nos dados finais do SIARS.

Em 2016, pela primeira vez, associou-se a cada ACES e a cada unidade funcional a informação hospitalar, relacionada com dados de internamentos por situações sensíveis aos cuidados de ambulatório. Estes são designados como "internamentos

evitáveis" e são definidos para um conjunto de patologias, que devem ser prevenidas e/ou tratadas ao nível dos cuidados de saúde primários, mas que acabam por ser tratadas em internamento hospitalar. Neste âmbito, destacam-se a asma, a diabetes, a DPOC, a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, a epilepsia, entre outras associando essa informação.

### **1.5 O papel das autarquias na saúde**

Portugal é dividido em municípios e freguesias com o seu próprio nível de governo eleito. Apesar de alguma descentralização desde o início dos anos 2000, o poder político ainda é muito concentrado no governo central (Simões *et al.*, 2017).

Existe uma série de iniciativas de promoção de saúde que são desenvolvidas com o envolvimento dos municípios, como a promoção de exercício físico e a alimentação saudável, em articulação com as escolas, organizações desportivas e autoridades locais. No entanto, na generalidade, o papel dos municípios no sistema de saúde português ainda é reduzido, limitando-se a alguns projetos específicos.

Os governos locais estão numa posição privilegiada para influenciar a saúde da população, por diversos motivos. Estes constituem as estruturas fundamentais para a gestão dos serviços públicos numa dimensão de proximidade, tendo contacto diário com os cidadãos, estão mais próximos das suas preocupações e prioridades.

Muitos dos determinantes sociais da saúde são regulados ao nível local, como o uso da terra, os sistemas de água e saneamento. Os governos locais têm a capacidade de mobilizar recursos locais e afetá-los para criar mais oportunidades, para os grupos populacionais pobres e vulneráveis, protegendo e promovendo os direitos de todos os residentes urbanos. Deste modo, os governos locais têm a capacidade de desenvolver e implementar estratégias integradas para a promoção da saúde. Estes propiciam múltiplas oportunidades para a criação de parcerias, com os setores privados e sem fins lucrativos, a sociedade civil e grupos de cidadãos (WHO, 2012b).

Os governos locais podem ter um papel fundamental na promoção e proteção da saúde. Designadamente, assumindo o estabelecimento de parcerias e alianças; promovendo a responsabilização para a saúde pelos diversos atores locais, alinhando a ação local com as políticas nacionais; antecipando e planeando para a mudança; e, finalmente, agindo como um guardião, facilitador, catalisador e defensor do direito ao mais elevado nível de saúde para todos os residentes (WHO, 2012b).

Como descrito anteriormente, a Rede Europeia das Cidades Saudáveis é composta por municípios associados, que desenvolvem uma estratégia de intervenção, baseada nos princípios essenciais da promoção da saúde (equidade, intervenção nos determinantes da saúde, participação comunitária, empoderamento e cooperação intersetorial).

Em Portugal, a legislação que estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais, concretizando os princípios da autonomia do poder local é descrita na Lei n.º 159/99, de 14 de Setembro, Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, e alterada pelas Leis n.ºs 25/2015, de 30 de março, 69/2015, de 16 de julho, 7-A/2016, de 30 de março, e 42/2016, de 28 de dezembro, e pela Lei n.º 56/2012, de 8 de novembro, alterada pelas Leis n.ºs 85/2015, de 7 de agosto, e 42/2016, de 28 de dezembro.

Porém, o papel dos governos locais para promover a saúde e bem-estar vai para além dos seus poderes e competências formais, consistindo na capacidade de inspirar e liderar. Ao aproveitar os esforços combinados de uma multiplicidade de atores, os governos locais podem multiplicar o seu poder e fazer uma verdadeira diferença para a saúde e bem-estar das comunidades locais. Estes elementos essenciais de uma ação eficaz são destinados a alterar a forma como os indivíduos, comunidades, organizações não-governamentais, o setor privado e os governos locais compreendem e tomam decisões sobre a saúde.

### **1.5 Obstáculos e fatores facilitadores na elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde**

Na literatura podem ser identificados diversos obstáculos e desafios para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde. Entre os quais, podem destacar-se: a falta de compromisso dos setores exteriores à saúde, que por vezes podem perceber o plano ou estratégia como "tarefa extra" ou do domínio do setor da saúde; o trabalho tradicional organizado em torno de "silos setoriais" nos municípios; a falta de financiamento conjunto; a falta de medidas de base populacional e a falta de objetivos claros na política, garantia da participação pública e atenção dos meios de comunicação social (Rantala; Bortz; Armada, 2014; Walkinshaw *et. al.*, 2015).

A falta de pessoal e de recursos humanos é um dos principais obstáculos identificados nos estudos. É necessário pessoal dedicado e com conhecimentos adequados para atingir os objetivos das estratégias e dos planos. Na ausência de pessoal em tempo

integral, os membros nos locais assumem responsabilidades adicionais, no entanto o consenso é que as estratégias não podem ser executadas apenas com voluntários. Os locais sentem que sem o apoio de um conjunto mínimo de colaboradores, não se pode avançar com a implementação e isso resulta numa perda de dinamismo e motivação.

A falta de financiamento constitui um problema significativo para o desenho e implementação de planos e estratégias. São necessários fundos para desenvolver a infraestrutura, a implementação ou expansão de programas existentes, bem como para a criação de novos programas para preencher lacunas e realizar a avaliação dos mesmos (Rantala; Bortz; Armada, 2014).

No que diz respeito ao compromisso dos líderes locais e parceiros regionais, uma série de locais encontraram dificuldades para manter os *stakeholders* comprometidos, bem como para informar e envolver novos intervenientes. Vários coordenadores locais constataram que os intervenientes que são necessários para apoiar a implementação, não eram os mesmos que foram necessários para o processo de planeamento. As infraestruturas são particularmente difíceis em locais com dimensões maiores, onde são necessárias, estruturas mais extensas para acomodar e manter uma ampla representação da comunidade. Alguns dos coordenadores locais mencionaram que a capacitação é um processo gradual e que o compromisso da comunidade era difícil de obter, se a iniciativa fosse desenvolvida num ritmo demasiado rápido (Oberle; Baker; Magenheimer, 1994).

A formação contínua e o apoio técnico insuficiente durante a implementação, dificulta a implementação e elaboração de planos e estratégias. Alguns coordenadores locais sentiram uma desconexão abrupta de apoio técnico, após a fase de planeamento ter terminado. Enquanto alguns locais conseguiram gerir os seus pedidos de apoio técnico através de outras fontes, estes experimentaram um retrocesso significativo no processo (Walkinshaw *et al.*, 2015).

As grandes regiões geográficas representam um desafio substancial para a colaboração regional. As reuniões presenciais por vezes são dificultadas, por causa da distância ou topografia geográfica, impedido a colaboração além das fronteiras municipais. As regiões extensas, também são menos propensas a beneficiar de relacionamentos fortes pré-existentes e lutam para a agregação, em torno de interesses e preocupações comuns. Os líderes locais sentiram que as regiões geográficas mais pequenas, mas topograficamente mais coesas, aumentam a sua capacidade de implementar planos de trabalho (Walkinshaw *et al.*, 2015).

A estrutura de governança e políticas dentro de cada liderança regional desempenha um papel importante na sua capacidade de gerir a contratação e responsabilidades fiscais.

A disposição para colaborar por parte das autoridades de saúde de cada região, influencia a oportunidade e a eficácia da execução. Os líderes locais expressaram a importância de compreender a estrutura política e administrativa das ligações regionais, antes de distribuir fundos (Walkinshaw *et al.*, 2015; Oberle; Baker; Magenheimer, 1994).

No que diz respeito aos fatores facilitadores e oportunidades no desenvolvimento e implementação de planos e estratégias de saúde, podem ser destacados: o apoio político; a liderança; a participação da comunidade; a utilização de meios de comunicação locais; a utilização de estruturas de governança existentes (por exemplo Cidades Saudáveis); a existência de mecanismos de coordenação robustos entre os diversos setores desde o início; o orçamento e financiamento conjunto; um enquadramento jurídico que permita o desenvolvimento destes processos; a utilização de avaliações de impacto e a colaboração com grupos de investigação (Rantala; Bortz; Armada, 2014).

A existência de infraestruturas administrativas e governativas partilhadas, tais como as autarquias, os distritos escolares de ensino, os sistemas de transporte e hospitais, bem como parcerias locais pré-existentes com organizações-chave para a prevenção de doenças crónicas. A colaboração prévia fornecida através de parcerias naturais não exige o mesmo tempo ou esforço para desenvolver, em comparação com o desenvolvimento de novas parcerias (Rantala; Bortz; Armada, 2014).

Uma liderança e equipas locais fortes são essenciais para envolver os parceiros necessários, para realizar as mudanças nas políticas e sistemas. A capacidade de as lideranças convocarem os parceiros locais e comunicarem de forma eficaz com os diversos setores facilita a implementação do plano de trabalho e gera dinâmica local. Além disso, as relações profissionais positivas entre os elementos da equipa e os parceiros locais facilitam a colaboração e comunicação entre e dentro dos locais. A existência de relações aumenta a velocidade com que as regiões podem implementar mudanças nas políticas e sistemas e convocar os parceiros regionais (Walkinshaw *et al.*, 2015).

A existência de uma visão partilhada e objetivos comuns a nível local, leva a agir de forma mais rápida e eficiente para aderir e desenvolver planos de trabalho. A construção de uma visão partilhada local, bem como o apoio ao local para identificar

pontos comuns de identidade são essenciais para facilitar o sucesso das estratégias (Walkinshaw *et al.*, 2015).

O apoio técnico prestado por consultores externos independentes disponíveis para ajudar os locais é importante para implementar práticas e programas baseados na evidência, assim como concetualizar mudanças nas políticas e sistemas de trabalho, construir uma colaboração local e inter-jurisdicional. Estudos feitos com participantes em locais que tiveram um nível elevado de apoio técnico proporcionaram uma valiosa experiência sentida e uma capacidade adicional, para fazer avançar mudanças políticas e nos sistemas. Além disso, os vários participantes sentiram que o apoio técnico direto pode desempenhar um papel-chave nos locais, para desenvolver a sustentabilidade dos planos e garantir o financiamento a longo prazo.

## **2. OBJETIVOS E METODOLOGIA**

Este estudo analisa os conceitos e dispositivos de ação, referentes à gestão da mudança no sistema de saúde, com vista à melhoria da saúde da população a nível local, considerando a delimitação geográfica e populacional dos ACES, em Portugal Continental. Analisa também as razões e obstáculos que dificultaram a sua implementação e as iniciativas que poderiam contribuir para ultrapassar essas dificuldades, com o objetivo de produzir indicações úteis para a gestão dos processos de melhoria da saúde da população. Assim, pretende responder às seguintes questões de investigação:

- Como evoluíram os conceitos e dispositivos de ação, referentes à gestão da mudança no sistema de saúde de âmbito local em Portugal Continental?
- Quais as características dos planos e estratégias locais de saúde existentes em Portugal Continental?
- Quais são os fatores que podem dificultar o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde em Portugal Continental?
- Quais são os fatores que podem facilitar o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde em Portugal Continental?

A metodologia utilizada neste estudo consistiu numa revisão bibliográfica, na análise documental a 25 planos locais de saúde, na realização de 15 entrevistas

semiestruturadas, e na criação e aplicação de dois questionários, nomeadamente aos i) coordenadores das unidades de saúde pública; e ii) diretores executivos e presidentes dos conselhos clínicos e de saúde dos ACES.

## Revisão da literatura

A revisão da literatura existente foi realizada através de pesquisa em três bases de dados de publicação (*PubMed, JSTOR, Web of Science*). Tendo em conta a natureza da temática, foi também efetuada uma pesquisa através do Google Scholar<sup>TM</sup> e nos *sites* de entidades de referência na temática (DGS, ACS, OPSS, INSA, ARS, Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, entre outros).

As palavras-chave utilizadas consistiram em: planeamento em saúde; estratégias de saúde; governança em saúde; planos locais de saúde; implementação dos planos locais de saúde; planos regionais de saúde; planeamento regional de saúde; planeamento de saúde comunitária; estratégias locais de saúde.

À semelhança da estratégia de análise adotada para os restantes estudos, os documentos foram submetidos a uma triagem e foram analisados, quando o conteúdo continha informação relativa à governança, planeamento e estratégia no âmbito local.

## Entrevistas

Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas em concordância com o princípio da saturação (Guerra, 2006), tal como explicado anteriormente. Foram utilizados 4 guiões de entrevista, consoante o nível de planeamento (quadro n.º 6), e o perfil dos entrevistados (os guiões utilizados estão disponíveis no anexo 1).

Quadro n.º 6 – Perfil dos entrevistados

1. Nacional	2. Regional	3. Local	
Elementos-chave a nível nacional	ARS	Coordenadores USP	Diretores executivos; Presidentes do Conselho Clínico e de Saúde
		Elemento responsável pela elaboração e implementação do PLS	

## **Análise Documental aos Planos Locais de Saúde**

Realizou-se uma análise documental a 25 planos locais de saúde, a partir da grelha de análise de conteúdo adaptada de Butterfoss e Dunet (2005), relativamente às componentes: diagnóstico de situação; envolvimento dos *stakeholders*; objetivos e metas; seleção da população e das estratégias para intervenção; integração das estratégias com outros programas e implementação do plano; recursos para a implementação; monitorização e avaliação; acessibilidade e comunicação (grelha de análise documental no anexo 1).

Os critérios de inclusão para análise consistiram nos Planos Locais de Saúde com versão integral disponível e com o período de vigência temporal entre 2011-2017, e com período de vigência inicial igual ou inferior ao ano de 2015).

## **Questionários**

Com base na revisão da literatura e análise das entrevistas foram construídos dois questionários. Um dos questionários destinado aos Coordenadores das Unidades de Saúde Pública e outro questionário destinado aos Diretores Executivos e Presidentes do Conselho Clínico e de Saúde dos ACES. Os questionários são compostos essencialmente por questões fechadas e detêm as mesmas questões, no entanto o questionário dos coordenadores das USP tem questões adicionais, devido à sua responsabilidade no planeamento e implementação de planos e estratégias locais de saúde.

As etapas na construção e validação dos questionários seguiram as recomendações da literatura neste âmbito (Hill; Hill, 2008; Fortin, 2009). Ambos os questionários foram sujeitos a pré-testes. Posteriormente à reformulação efetuada depois dos pré-testes, e após a autorização das comissões de ética das ARS, os questionários foram enviados por *email* para todos os coordenadores das Unidades de Saúde Pública, diretores executivos e presidentes do conselho clínico e de saúde dos ACES a nível nacional, com exceção dos 3 ACES da ARS do Algarve, dado que a Comissão de Ética emitiu um parecer indeferido a este estudo.

A aplicação do questionário foi realizada através da plataforma eletrónica *SurveyMonkey*, sendo que a primeira abordagem decorreu entre os dias 14 de julho e 15 de setembro de 2015. Com o objetivo de melhorar as taxas de respostas, foram enviados os questionários, mais uma vez, para os 52 ACES no período entre 3 de

novembro e 12 de novembro de 2015. Com esta segunda abordagem, no questionário dirigido aos Diretores executivos e PCC obteve-se uma taxa de resposta de 70,2%. No questionário dirigido aos coordenadores USP, foi obtida uma taxa de resposta de 76,9%.

Os questionários podem ser consultados no anexo 1, bem como os seus resultados integrais no anexo 2.

#### 4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

##### • Como evoluíram os conceitos e dispositivos de ação, referentes à gestão da mudança no sistema de saúde de âmbito local em Portugal continental?

A partir do quadro analítico proposto no estudo I, foi possível caracterizar a evolução da gestão da mudança a nível local, correspondente à delimitação geográfica dos ACES, desde o período do Pós-Segunda Guerra Mundial até à atualidade, no que diz respeito ao enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde, às principais referências dominantes e aos dispositivos de ação utilizados. Os seus elementos principais são resumidos e apresentados na figura n.º 19.

Figura n.º 19 - Evolução da gestão da mudança a nível local em Portugal Continental

##### Enquadramento político, económico-social e do sistema de saúde:

- Caixas de previdência (1946); misericórdias e organizações de âmbito social; médicos;
- Anos 70: CS 1ª geração (1971) integram instituições preventivas e de saúde pública;
- Serviço médico à periferia (1975 a 1982);
- Integração dos postos da caixa e dos centros de saúde (CS 2ª geração);
- Cidades saudáveis e escolas promotoras de saúde (1997/8);
- Reforma dos CSP (2005/2006); Reforma da saúde pública (2009);
- 2011-2014 *Troika*.

##### Principais referências concetuais

- Planeamento integrado de saúde; estratégias de saúde baseadas em metas;

##### Outras referências significativas:

- Do sanitarismo aos cuidados de proximidade (CSP);
- Promoção da saúde; intersectoralidade e parcerias;
- Gestão operacional; eficiência e desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde;
- *New public management* e contratualização;
- Observatórios locais de saúde.

##### Dispositivos de ação:

- Planos locais de saúde, coexistentes com múltiplos programas e atividades de âmbito nacional e local.

Conforme foi anteriormente descrito na evolução da gestão da mudança na saúde a nível nacional, Portugal no Pós-II guerra mundial apresentava características de país subdesenvolvido, com uma economia baseada no setor da agricultura, pouco

desenvolvida, atrasada e assente numa filosofia de autossuficiência. O país foi profundamente marcado pelo regime de ditadura do Estado Novo, pela guerra colonial portuguesa pela emigração e êxodo rural (Neves, 1994).

No âmbito da saúde, existiam institutos e programas verticais para a tuberculose, lepra e saúde mental. As misericórdias e instituições de solidariedade social atendiam os pobres e os serviços médicos e sociais das caixas de previdência prestavam cuidados aos trabalhadores (OPSS, 2001; Sousa, 2009).

Portugal foi um dos países pioneiros a adotar a noção dos cuidados de saúde de proximidade, com os centros de saúde de primeira geração. A “primeira geração” de centros de saúde, iniciada em 1971, integrou múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, até aí organizadas de modo vertical, numa rede orientada e inserida nas comunidades locais. Os cuidados curativos extra-hospitalares eram prestados predominantemente nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência (Branco; Ramos, 2001).

O período pós-revolução ficou marcado pelo serviço médico à periferia, de 1975 a 1982 e em 1983 emerge a “segunda geração” de centros de saúde, após a criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral. Integrou os primeiros centros de saúde com os numerosos postos dos ex-SMS, agregando as principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios “caixas”).

Esta época ficou também marcada pela descentralização de algumas competências, designadamente com a criação das ARS em 1993, pela experiência da gestão privada de um hospital público, o hospital Fernando da Fonseca em 1995 e pelo aparecimento das agências de contratualização em 1996 (OPSS, 2001; Campos; Simões, 2014).

Em 1999, foi publicada a legislação sobre os “centros de saúde de terceira geração”. Esta aparece na sequência de experiências sobre o terreno, como os “projetos alfa” e outras iniciativas semelhantes, baseados numa filosofia de “prática de grupo” e do início de um regime remuneratório experimental para a clínica geral. As unidades operativas dos novos centros de saúde pressupõem um processo de mudança organizacional, que não pode ser implementada pela via normativa clássica tipo *top-down* (Branco; Ramos, 2001).

A implementação da Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis e das escolas promotoras de saúde na década de 90 (Loureiro, 1999; RPCS, sem data), demonstraram o reconhecimento da importância da promoção da saúde e importância das pessoas no “terreno”, “onde acontecem as coisas”.

Em 2005, foi iniciada a reforma dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de melhorar o desempenho dos centros de saúde, através da sua reorganização em equipas multiprofissionais. Esta reforma assentou numa rede descentralizada de equipas, na concentração de recursos e partilha de serviços, na descentralização da gestão para o nível local, na adoção da governação clínica e da participação na comunidade. Foram criadas diferentes unidades, entre as quais as Unidades de Saúde Pública, que ficaram responsáveis pelas intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009).

A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde foi realizada no âmbito da descentralização de competências, com o objetivo de otimizar a gestão de recursos, permitir a escala de governação epidemiológica, de forma a que quem vive e conhece os problemas possa tomar decisões acertadas e céleres (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009).

Em 2006, numa iniciativa do Alto Comissariado da Saúde, em parceria com a Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública e com o apoio das ARS, iniciou-se o desenvolvimento de cinco Estratégias Locais de saúde, no Concelho de Arraiolos, Concelho de Faro, Concelho de Almada, Concelho de Santa Marta de Penaguião, e na área de abrangência do Centro de Saúde Norton de Matos, em Coimbra.

A avaliação desta experiência permitiu retirar vários ensinamentos. Foram conseguidos progressos importantes na definição de metas e desenvolvimento de base de evidência. Foi desenvolvido um sistema de informação e comunicação, mas a sua utilização no envolvimento de profissionais e da comunidade requer uma base de conhecimento mais extensa sobre critérios e efetividade de estratégias de comunicação ao nível local. Os investimentos significativos ao nível da literacia em saúde, baseados num sistema de informação centrado no cidadão, assim como a promoção de inovação local, podem trazer vantagens importantes (Santos *et al.*, 2010).

Posteriormente em 2010, um projeto da Escola Nacional de Saúde Pública também em parceria com o Alto Comissariado da Saúde, as ARS e 8 ACES (ACES Alto Minho; ACES Espinho/Gaia; ACES Baixo Vouga II; ACES Pinhal Interior Norte I; ACES Oeste Norte; ACES Amadora; ACES Alentejo Litoral; ACES Sotavento) promoveram o desenho e o desenvolvimento de estratégias locais de saúde. Foi definido um conjunto de metas de saúde nos domínios da prevenção da obesidade infantil e da oncologia e

iniciou-se o desenvolvimento de um conjunto de ações e programas para a concretização dos objetivos propostos. No entanto, com a extinção do ACS, este projeto foi descontinuado.

Em 2011, fruto da reforma da saúde pública, da constituição dos ACES e das unidades de saúde pública, com a sua respetiva definição de competências na área dos observatórios locais de saúde, verificou-se um salto na disponibilização da informação que permitiu o desenvolvimento do planeamento a nível local. A formação dos coordenadores das unidades de saúde pública a nível nacional, também desempenhou um papel considerável, na medida em que focalizou a importância dos observatórios locais de saúde pública e o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde.

Não obstante, de todo o historial de atividades relacionadas com o planeamento de saúde com a comunidade, previamente existente nos cuidados de saúde, em 2011, a partir desta conjuntura, os ACES da ARS Norte foram os primeiros a desenvolver e a explicitar formalmente e publicamente os seus planos locais de saúde, gerados a partir de um processo sistematizado que foi impulsionado pelo departamento regional de saúde pública. A construção destes planos locais de saúde assentou nas etapas clássicas do planeamento em saúde e foram feitos numa base territorial correspondente ao ACES (Portugal.MS.ARSNorte, 2016).

Na região de Lisboa e Vale do Tejo, o primeiro plano local de saúde a ser apresentado e divulgado publicamente foi o Plano Local de Saúde da Amadora em maio de 2014. Posteriormente, foram publicados os planos dos ACES Oeste Norte em julho 2014, ACES Almada-Seixal (março 2015), ACES Oeiras (maio 2015) e ACES Arco Ribeirinho (outubro 2015).

Em novembro de 2015, a DGS publicou um documento intitulado “Resenha dos planos de saúde: Nacional - Regional e Local” em que apresenta uma súmula do perfil e do plano nacional de saúde, bem como de todos os perfis e planos regionais e locais de saúde, em que consta que existem planos locais de saúde na grande maioria dos ACES; porém, muitos dos planos apresentados não estão disponíveis na sua versão integral, como se pode observar no quadro n.º 7 (Portugal. MS. DGS, 2015b).

Quadro n.º 7 - Planos locais de saúde p/ região de saúde e p/ ACES

<b>Região</b>	<b>Nº ACES</b>	<b>Nº de PLS disponíveis</b>	<b>Nº de PLS na resenha 2015</b>
<b>Norte</b>	24	5	24
<b>Centro</b>	9	0	8
<b>LVT</b>	15	5	14
<b>Alentejo</b>	4	0	3
<b>Algarve</b>	3	0	3

Em 2016, foi publicada uma versão atualizada da Resenha dos planos de saúde com as mesmas características, mas com alguns destes planos em revisão, visto que tinham horizontes temporais até ao final de 2016 (Portugal. MS. DGS, 2016b).

Somente em outubro de 2017, são disponibilizadas no *site* da Direção-Geral da Saúde, as versões integrais de 15 PLS pertencentes a ACES da ARS Norte; 3 PLS de ACES da ARS Centro; 9 PLS de ACES da ARS de Lisboa e Vale do Tejo; e 1 PLS de um ACES da ARS Alentejo que detêm 4 ACES; a ARS Algarve não tem nenhuma versão integral disponível apesar de estes constarem na resenha publicada pela DGS.

Deste modo, constatou-se que a gestão da mudança a nível local tem sido caracterizada pela existência de variadas atividades e programas de âmbito local com a comunidade, em paralelo com implementação em cascata do plano nacional de saúde e dos programas de saúde verticais. Os instrumentos por excelência da gestão da mudança, com vista à melhoria da saúde da população, foram constituídos pelos planos locais de saúde que emergiram em 2011. A análise a estes instrumentos foi aprofundada pela questão de investigação seguinte.

**• Quais as características dos planos locais de saúde existentes em Portugal Continental?**

Em Portugal Continental foram identificados 29 planos locais de saúde com versão integral disponível. Destes, foram selecionados 25 para análise documental de acordo com os critérios explicitados (versão integral disponível e período de vigência temporal entre os anos de 2011 e 2017, com período de vigência inicial igual ou inferior ao ano de 2015).

A análise documental realizada a estes documentos permitiu identificar as suas características, relativamente às componentes identificadas na grelha de análise

adotada. O quadro n.º 8 resume essas características, que posteriormente são desenvolvidas em cada componente, designadamente: entidade responsável; horizonte temporal; diagnóstico da situação; envolvimento dos *stakeholders*; objetivos e metas; seleção da população e das estratégias para intervenção; integração das estratégias com outros programas e implementação do plano; recursos para a implementação do plano; monitorização e avaliação; acessibilidade e comunicação do plano. O quadro com a análise documental integral pode ser consultado no anexo 2.

Quadro n.º 8 - Características dos planos locais de saúde

<b>Entidade responsável</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 PLS explicitam autoria e coordenação da USP, com edição do ACES;</li> <li>• 9 PLS explicitam autoria exclusiva da USP;</li> <li>• 4 PLS não explicitam autoria, contendo os logótipos da USP/ ACES;</li> <li>• 2 PLS explicitam autoria da USP e Conselho Clínico e de Saúde do ACES;</li> <li>• 2 PLS não explicitam autoria e contêm somente o logótipo do ACES.</li> </ul>
<b>Horizonte temporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 PLS de 2011-2016;</li> <li>• 6 PLS de 2014-2016;</li> <li>• 3 PLS de 2015-2017;</li> <li>• 2 PLS não referem horizonte temporal;</li> <li>• 1 PLS de 2012-2016;</li> <li>• 1 PLS de 2013-2016.</li> </ul>
<b>Diagnóstico de Situação de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 PLS apresentam (dados quantitativos referentes à caracterização demográfica, social e económica, caracterização da mortalidade e morbilidade; identificação e priorização de problemas e ou necessidades de saúde da população;</li> <li>• 18 PLS apresentam dados de determinantes de saúde e recursos da comunidade (nº e tipo de organizações);</li> <li>• 24 PLS identificam e priorizam problemas de saúde, necessidades ou intervenções (13 PLS detêm até 5 prioridades; 8 PLS detêm entre 6 a 10 prioridades; e 3 PLS detêm mais de 11 prioridades).</li> </ul>
<b>Envolvimento dos stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 PLS indicam a realização de consulta interna e externa ao ACES, com os parceiros da comunidade;</li> <li>• 9 PLS indicam realização de consulta interna às unidades funcionais no ACES;</li> <li>• 2 PLS não explicitam o envolvimento de outras organizações.</li> </ul>
<b>Objetivos e metas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 PLS incluem objetivos (dos quais 18 planos apresentam objetivos quantificados para o horizonte temporal definido);</li> <li>• 14 PLS contêm até 10 objetivos; 5 planos contêm mais de 21 objetivos; 3 planos contêm entre 11 a 20 objetivos.</li> <li>• 10 PLS incluem metas quantificadas.</li> </ul>
<b>Seleção da população e das estratégias para intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 PLS identificam estratégias ou linhas estratégicas (para os problemas, necessidades ou intervenções prioritizadas, através da manutenção de programas e projetos existentes; e ou estratégias mais genéricas, referentes aos diferentes níveis de prevenção relacionadas com determinantes de saúde e acesso e cuidados de saúde).</li> </ul>

<b>Integração das estratégias com outros programas e implementação do plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 PLS explicitam articulação com os outros programas e projetos em curso;</li> <li>• 21 PLS identificam lista de estratégias e recomendações para a intervenção.</li> </ul>
<b>Recursos para a implementação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 PLS identificam e caracterizam o ACES, bem como o nº e tipo de organizações de saúde e sociais existentes na comunidade;</li> <li>• Nenhum plano dispõe de mecanismo de cativação de recursos próprio, ficando dependente dos orçamentos das instituições envolvidas no processo.</li> </ul>
<b>Monitorização e avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 PLS contêm componente explícita de monitorização e avaliação;</li> <li>• 22 PLS apresentam indicadores de avaliação (14 PLS contêm até 20 indicadores; 7 PLS contêm 21 a 40 indicadores; 1 PLS contém mais de 41 indicadores).</li> </ul>
<b>Acessibilidade e comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 PLS com versão integral disponível;</li> <li>• 16 PLS não contêm componente de comunicação e divulgação;</li> <li>• 6 PLS contêm componente de comunicação explícita;</li> <li>• 5 PLS não contêm componente de comunicação, mas referem importância da comunicação e divulgação.</li> </ul>

Quanto à entidade responsável pela sua elaboração, constata-se que estes PLS, na sua grande maioria, tiveram a autoria e coordenação técnica das USP, concentrando-se maioritariamente no horizonte temporal compreendido entre os anos de 2011 e 2016.

No que diz respeito ao diagnóstico de situação de saúde, 23 PLS apresentam dados quantitativos referentes à caracterização demográfica, social e económica, caracterização da mortalidade e morbilidade; identificação e priorização de problemas e ou necessidades de saúde da população. Denota-se uma preponderância de dados relacionados com a mortalidade, em detrimento de dados relativos aos determinantes de saúde e morbilidade.

A identificação de prioridades, necessidades e intervenções assentou nas etapas clássicas do planeamento de saúde, com a utilização de critérios e sua ponderação. Denota-se uma clara discrepância entre o número de páginas dedicado à descrição e caracterização da população e identificação dos problemas de saúde, em detrimento de todas as outras componentes dos PLS.

Relativamente ao envolvimento dos *stakeholders*, denota-se que 11 dos PLS analisados ainda ficou circunscrita aos elementos das Unidades de Saúde Pública e à consulta interna no âmbito do ACES.

Quanto à definição de objetivos e metas, verificou-se que 22 PLS apresentaram objetivos, sendo que a maioria destes quantificados, denotando-se um enfoque nos

objetivos relacionados com a redução de indicadores de mortalidade no período temporal definido. Menos de metade dos PLS analisados apresentaram metas.

No que diz respeito à seleção da população e das estratégias para intervenção, todos os PLS analisados identificaram estratégias ou linhas estratégicas para os problemas, necessidades ou intervenções priorizadas, através da manutenção de programas e projetos existentes ou através da realização de novas intervenções. Verificou-se a identificação de estratégias genéricas, referentes aos diferentes níveis de prevenção e relacionadas com determinantes de saúde e acesso e cuidados de saúde.

Relativamente às componentes relacionadas com os recursos e a implementação dos PLS, 22 PLS identificam e caracterizam o ACES a que pertencem, bem como os recursos da comunidade através da apresentação do nº e tipo de organizações de saúde e sociais existentes na área geográfica do ACES. Porém, nenhum PLS explicita mecanismos de cativação de recursos próprio.

Quanto à componente de monitorização e avaliação, verificou-se que 19 PLS contêm componente explícita de monitorização e avaliação, enquanto que 22 PLS apresentam indicadores de avaliação relacionados com os objetivos e metas definidas. A existência de grupo de acompanhamento e avaliações intercalares é referida em 13 PLS.

Nas componentes relacionadas com a acessibilidade e comunicação verificou-se que 16 PLS não contêm componente de comunicação e divulgação, 6 PLS contêm componente de comunicação explícita e 5 PLS não contêm componente de comunicação, mas referem a importância da comunicação e divulgação. Relativamente à dimensão dos documentos, verificou-se que 13 PLS contêm até 50 páginas, 9 PLS contêm até 100 páginas e 3 PLS mais de 100 páginas. O mínimo de páginas verificado foi de 17 e o máximo de 184. Denotou-se também que só 3 PLS apresentaram sumário executivo.

**• Quais são os fatores que podem dificultar o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde em Portugal Continental?**

Uma das questões comum aos dois questionários aplicados consistiu na identificação de obstáculos e constrangimentos ao desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde. Esta questão apresentou uma lista de obstáculos e constrangimentos baseada na revisão de literatura e entrevistas efetuadas, em que foi pedido aos dois grupos de respondentes que atribuíssem a cada um dos itens um valor entre 1 e 5, de

acordo com a seguinte valorização (1-Não constitui dificuldade/obstáculo; 5-Constitui dificuldade/obstáculo muito significativo). No final da lista apresentada, foi também deixado um campo aberto para identificação de outros obstáculos pelos respondentes.

A partir da análise da estatística descritiva dos dados recolhidos pelos questionários realizados aos Coordenadores das USP, Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES, no quadro n.º 9 são identificados os obstáculos e constrangimentos ao desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde.

Quadro n.º 9 - Lista ordenada de obstáculos e constrangimentos ao desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde

<b>Obstáculos e constrangimentos</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>D. Padrão</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES;	3,8144	4	1,193	1	5
Carência de recursos humanos, financeiros e técnicos nas organizações (Crise económico-financeira);	3,7653	4	1,138	1	5
Falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes (necessidade de informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde);	3,7083	4	1,169	1	5
Pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS (ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados);	3,4737	4	1,344	1	5
Frac motivação dos diferentes intervenientes e falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos;	3,3684	3	1,158	1	5
Fragmentação do planeamento e a sua dissociação com a gestão (separação entre o planeamento da saúde e o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos);	3,3571	3	1,270	1	5
Pouco envolvimento efetivo das instituições da comunidade (falta de envolvimento e compromisso dos parceiros-chave da comunidade);	3,2474	3	1,225	1	5
Falta de apoio técnico do nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Falta de disponibilização de instrumentos, informação e dados);	3,1263	3	1,248	1	5
Desalinhamento dos objetivos contratualizados com as necessidades de saúde locais (modelo de seleção e negociação; quantidade reduzida de indicadores de contratualização de nível local).	3,0825	3	1,344	1	5
Ausência de definição e clarificação de responsabilidades e papéis nos diferentes níveis de planeamento (nacional; regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	3,0103	3	1,203	1	5

Cultura de “planeamento de gabinete” (dificuldade em definir prioridades e objetivos adequados; pouca participação e avaliação; incapacidade de adaptação às mudanças no contexto);	2,9898	3	1,288	1	5
Dificuldades de comunicação e articulação (ao nível interno e externo dos ACES/ULS e com as organizações dentro e fora do setor da saúde);	2,9184	3	1,207	1	5
Reduzido conhecimento, envolvimento e compromisso nos planos e estratégias por parte dos profissionais do ACES/ULS (Conselho executivo; Conselho clínico e de saúde, diferentes unidades funcionais);	2,5938	3	1,120	1	5
Desadequação da divisão administrativa dos ACES e da sua área de abrangência (não coincide com a divisão nos outros setores e com as características epidemiológicas da população);	2,5361	2	1,451	1	5

Como se pode observar no quadro n.º 9, os inquiridos consideraram que os principais obstáculos e constrangimentos são: a falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES; a carência de recursos humanos, técnicos e financeiros nas organizações de saúde; a falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes para gerar informação e dados para o processo de planeamento em saúde; a pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS com ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados ao seu desenvolvimento; a fraca motivação dos diferentes intervenientes e a falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos.

• **Quais são os fatores que podem facilitar o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde em Portugal Continental?**

Relativamente às iniciativas e fatores facilitadores ao desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde, foi também colocada uma questão comum nos dois questionários aplicados. À semelhança do que foi realizado para os obstáculos e constrangimentos, esta questão apresentou uma lista de fatores facilitadores e iniciativas baseada na revisão de literatura e entrevistas efetuadas, em que foi pedido aos dois grupos de respondentes que atribuíssem a cada um dos itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a seguinte valorização (1-Nada importante; 5-Muito importante). No final da lista, foi também deixado um campo aberto para identificação de outros fatores facilitadores pelos respondentes.

O quadro n.º 10 apresenta os resultados da análise da estatística descritiva dos dados recolhidos pelos dois questionários.

Quadro n.º 10 – Lista ordenada de fatores facilitadores e iniciativas para o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde

Fatores facilitadores e iniciativas	Média	Mediana	D. Padrão	Min	Max
Alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos;	4,6042	5	0,718	2	5
Melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação (melhoria da informação e dados para o processo de planeamento em saúde);	4,4330	5	0,762	2	5
Motivação dos diferentes intervenientes (definição de papéis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas);	4,4227	5	0,748	2	5
Alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (melhoria do modelo de seleção e negociação; aumento do número de indicadores de nível local);	4,4167	5	0,804	2	5
Alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS;	4,4021	5	0,862	1	5
Harmonização de conhecimentos, métodos e práticas ao nível do planeamento e estratégias em saúde (formação e <i>benchmarking</i> ; utilização de instrumentos simples, quantificados e participados representando compromissos sociais);	4,3918	5	0,785	2	5
Melhoria do grau de envolvimento e compromisso dos profissionais do ACES/ULS (Conselho Executivo, Conselho Clínico e de Saúde, diferentes unidades funcionais);	4,3918	5	0,873	1	5
Constituição e manutenção de parcerias efetivas com as instituições da comunidade (com o envolvimento e compromisso dos parceiros-chave da comunidade);	4,3854	5	0,745	2	5
Disponibilização de apoio técnico pelo nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Disponibilização de instrumentos, informação e dados);	4,3542	5	0,821	2	5
Melhoria da articulação e comunicação entre as unidades funcionais dos ACES/ULS e as instituições da comunidade (dentro e fora do setor da saúde);	4,3402	5	0,802	2	5
Aumento da autonomia administrativa, técnica e financeira dos ACES;	4,3229	5	0,989	1	5
Constituição de uma equipa técnica responsável pela liderança da elaboração e implementação dos planos e estratégias (com elementos-chave do ACES/ULS e instituições-chave da comunidade);	4,2990	5	0,880	1	5
Clarificação dos papéis e responsabilidades e melhoria da articulação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	4,1895	4	0,891	1	5

É possível observar no quadro nº 10 que as principais iniciativas e fatores facilitadores que foram identificados pelos respondentes consistiram: no alinhamento entre o planeamento da saúde e o planeamento de serviços, a gestão e consequente afetação de recursos; na melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação, para gerar informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde; na motivação dos diferentes intervenientes, com a definição de papéis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas; no alinhamento dos objetivos de contratualização, com as necessidades e objetivos identificados ao nível local, a melhoria do modelo de seleção, negociação e aumento do número de indicadores de nível local; e a alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS.

## **5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Em Portugal podem ser observadas diversas experiências no âmbito do planeamento em saúde local, quer através de documentos, instrumentos e iniciativas mais estruturados e sistematizados, quer através de processos mais espontâneos entre os serviços de saúde e os parceiros da comunidade.

A partir da aplicação do quadro analítico aos processos de gestão de mudança de âmbito local no sistema de saúde, em Portugal Continental foi possível constatar que as abordagens da gestão da mudança a nível local se têm centrado em atividades e programas de âmbito local com a comunidade, em paralelo com implementação dos programas de saúde verticais.

Fruto da reforma da saúde pública, da constituição dos ACES e das unidades de saúde pública com a sua respetiva definição de competências, na área dos observatórios locais de saúde e na definição de planos e estratégias locais de saúde, desde 2011 temos vindo a assistir a um movimento de elaboração e implementação de planos e estratégias de âmbito local de carácter mais organizado, sistematizado e integrado.

Este movimento representou um salto qualitativo em termos de identificação e priorização de necessidades e problemas de saúde, assim como de definição de objetivos e metas de saúde com a “ativação” dos principais atores interessados.

A construção destes planos assentou nas etapas clássicas do planeamento em saúde e foram feitos numa base territorial igual à do ACES, com base nas suas fronteiras administrativas, que não são coincidentes com as estruturas de governo local, os municípios, nem com as fronteiras epidemiológicas.

No diagnóstico de situação de saúde, denotou-se uma preponderância de apresentação de dados relacionados com a mortalidade, em detrimento de dados relativos aos determinantes de saúde e morbilidade. O que pode ser explicado, pelos sistemas de informação disponíveis, que não satisfazem as necessidades de informação no que diz respeito aos determinantes da saúde e fatores de risco; bem como a informação disponibilizada por outras fontes como o Inquérito Nacional de Saúde (INS), Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas, ou outros estudos realizados a nível nacional, regional e local não têm representatividade ou dados desagregados ao nível dos ACES.

De acordo com Santana (2014), a saúde da população portuguesa é avaliada utilizando a mortalidade, apesar de todos os constrangimentos que lhe estão associados. Desde logo, porque avalia a morte e não a saúde, tratando-se de um indicador indireto ou *proxy*, depois porque não tem em conta a mobilidade dos indivíduos, e ainda porque em Portugal existe um conjunto de óbitos sobre os quais não são reportadas as causas de morte, para além dos erros de codificação ou do preenchimento dos certificados de óbito. No entanto, os investigadores continuam a preferir utilizar a mortalidade porque reporta um facto inequívoco e universal que resulta do preenchimento de um certificado validado pelo médico, não deixando de ter os obstáculos referidos.

Os dados de morbilidade apresentados nos PLS utilizam maioritariamente como fonte o SIARS, que recolhe informação de outros programas de saúde como o SAM, SAPE e SINUS, que estão dependentes do registo, que é efetuado nas diferentes unidades de saúde pelos profissionais de saúde. A qualidade e fidedignidade dos dados do SIARS suscita ainda várias reservas, neste sentido é necessária cautela na análise e interpretação dos dados.

O processo de planeamento local ainda foi muito orientado para a “produção do plano”, em vez de se constituir como uma visão e um compromisso entre os diferentes atores, já que a seleção das prioridades e das metas do plano local de saúde não são somente exercícios técnicos, representam também um compromisso social. Tal implica o envolvimento e participação das principais partes interessadas no

desenvolvimento do plano, ao nível interno no ACES (entre as diferentes unidades orgânicas) e ao nível externo, identificando os parceiros-chave cruciais para o sucesso do plano.

Os resultados da análise aos 25 planos destacam a heterogeneidade dos mesmos, o número elevado de problemas tratados (impulso de exaustividade), a falta de alternativas a barreiras de implementação intersetoriais, a falta de integração e a priorização interna das intervenções, a falta de compromisso em alocar recursos, e a falta de enfoque na componente de implementação das ações propostas.

A análise aos planos locais de saúde realizada pela DGS (2016) corrobora os resultados do estudo, na medida em que os caracteriza os PLS como contendo uma estrutura variável e pouco definida dos PLS, identifica também a indisponibilidade das versões integrais dos PLS (Portugal.MS. DGS, 2016a).

O número de planos locais de saúde elaborados disponíveis apresenta uma variabilidade entre as diferentes regiões; bem como a informação disponibilizada é significativamente heterogénea, relativamente às prioridades, objetivos, metas e intervenções e não existe informação disponível, quanto ao seu grau de implementação e efetiva concretização destes planos.

Esta variabilidade entre as regiões pode estar relacionada com as diferenças existentes nos recursos, estruturas e organização dos serviços de saúde pública a nível regional e local, assim como com a tradição de desenvolvimento de atividades relacionada com a melhoria da saúde da comunidade em colaboração com os parceiros da comunidade nos diferentes locais.

De acordo com a avaliação aos PLS efetuada pela ARS Norte, a maioria dos PLS foi construída entre maio e dezembro de 2011, com base num mesmo referencial, que assenta no planeamento clássico em saúde, incorporando aspetos inovadores na sua operacionalização, em conformidade com a experiência (nacional e internacional) e o estado da arte atuais. Os componentes menos presentes nos PLS foram o plano de monitorização e avaliação e o plano de comunicação. Os componentes mais presentes nos PLS foram o diagnóstico de situação de saúde (DSS), que inclui a identificação e hierarquização dos principais problemas e necessidades de saúde da população, assim como a definição das estratégias de saúde a implementar e a definição dos objetivos de saúde (Portugal. MS. ARSNorte, 2016).

No que diz respeito aos obstáculos e constrangimentos ao desenvolvimento de estratégia e planos locais de saúde, os resultados deste estudo identificaram como principais obstáculos e constrangimentos: a falta de autonomia administrativa, técnica

e financeira ao nível dos ACES; a carência de recursos humanos, técnicos e financeiros nas organizações; a falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes para gerar informação e dados para o processo de planeamento em saúde, a pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS com ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados ao seu desenvolvimento; a fraca motivação dos diferentes intervenientes e a falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas.

As principais iniciativas e fatores facilitadores que foram identificadas pelos respondentes consistiram: no alinhamento entre o planeamento da saúde e o planeamento de serviços, a gestão e consequente afetação de recursos; na melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação para gerar informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde; na motivação dos diferentes intervenientes, com a definição de papéis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas; no alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local, a melhoria do modelo de seleção e negociação e aumento do número de indicadores de nível local; e a alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS.

As dificuldades e obstáculos na implementação de planos e estratégias locais de saúde identificados na literatura estão relacionados com a falta de conhecimento e competências na área do planeamento e estratégia, a contenção de gastos, as condições socioeconómicas, a falta de compromisso das autoridades e organizações locais, a separação entre o planeamento e a gestão, bem como a separação entre o desenho e a implementação dos planos e estratégia. A capacidade de liderança deste processo, as características das organizações, a articulação entre os diferentes níveis de planeamento e articulação entre os diferentes parceiros, assim como a própria complexidade da temática também constituem dificuldades e obstáculos identificados neste âmbito (Rantala; Bortz; Armada, 2014; Walkinshaw *et al.*, 2015).

A literatura aponta alguns fatores facilitadores para o desenvolvimento dos planos e estratégias de saúde como: uma clara vontade política e institucional de trabalhar em torno de objetivos de saúde; a definição de poucos objetivos centrais e uma intenção de geri-los de forma continuada e sistemática; a existência de uma estrutura de saúde pública local com capacidade técnica e política que lidere a aplicação local do plano de saúde com o desenvolvimento de objetivos que vão ao encontro das necessidades locais; e uma estrutura organizativa dos serviços de saúde, com um planeamento e

gestão em função das necessidades de saúde locais e mecanismos de contratualização, para introduzir e formalizar esses objetivos locais no processo de alocação de recursos (Rantala; Bortz; Armada, 2014; Walkinshaw *et al.*, 2015).

Para melhorar a saúde das populações é necessário adaptar as concepções e instrumentos utilizados, ao pensamento da saúde pública moderna. Através deste estudo, foi possível constatar que, na sua forma atual, os PLS como ferramentas para a mudança estratégica não são suficientes. Os serviços de saúde ao nível local, dispõem de uma tradição significativa de atividades e programas com a comunidade, e realizam ações importantes no terreno com vista à melhoria da saúde da população.

Neste sentido, é necessário identificar aquilo que está a ser feito, compreender as limitações e oportunidades nessas comunidades específicas, reforçar as ações efetivas e boas práticas já em curso, melhorar e interligar as ações menos efetivas e isoladas, para depois desenhar estratégias locais de saúde para acrescentar valor ao que existe, escolhendo seletivamente pontos de alavancagem que asseguram uma maior efetividade nas estratégias adotadas. Estas estratégias baseiam-se nos princípios do pensamento estratégico e da governança, tendo em consideração as interações entre os atores sociais, bem como as soluções de interesse comum e as regras que este processo deve seguir.

As limitações deste estudo centram-se, fundamentalmente, no facto da análise aos planos ter sido de natureza qualitativa, não incluindo a análise quantitativa da obtenção dos objetivos e metas desses planos. Porém, de acordo com Barbosa (2014), o facto da saúde de uma população estar associada a inúmeros e diversos determinantes faz com que seja cientificamente difícil estabelecer um nexo de causalidade e até associação estatística, entre uma dada intervenção e a obtenção de resultados em saúde, nessa mesma população. Mais ainda, que nas últimas quatro décadas existe um grande viés causado pela manifesta melhoria das condições socioculturais e económicas de que beneficiou toda a população portuguesa.

As etapas na construção e validação dos questionários seguiram as recomendações da literatura neste âmbito (Hill; Hill, 2008; Fortin, 2009). Os questionários são compostos essencialmente por questões fechadas e detêm as mesmas questões, no entanto o questionário dos coordenadores das USP tem questões adicionais, devido à sua responsabilidade no planeamento e implementação de planos e estratégias locais de saúde. O processo de validação do conteúdo compreendeu avaliação por peritos, pré- teste e a medição da confiabilidade utilizando o coeficiente alfa de Cronbach.

## 6. PROPOSTA DE *FRAMEWORK* PARA A GOVERNANÇA LOCAL DE SAÚDE: ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE



Diversos estudos de caso demonstraram que existe uma ligação positiva, entre a elaboração de estratégias ao nível subnacional e a melhoria dos resultados de saúde. Os efeitos positivos do planeamento descentralizado estão relacionados principalmente com a possibilidade de, a nível local, serem recolhidas, analisadas e contextualizadas evidências mais fortes, assim como ações mais rápidas e adaptadas aos problemas (Kickbusch; Gleicher, 2012; Rohrer, 2016).

Assim, estar mais próximo da realidade e das condições de vida da população é uma enorme vantagem, devido à capacidade de ajustamento rápido às necessidades e expectativas locais. De igual modo, as estratégias de âmbito nacional também podem beneficiar da flexibilidade e ajustabilidade aos contextos locais, através de uma estreita interação com entidades governamentais (Rohrer, 2016).

Mais do que na década de 70, na atualidade é importante reorientar o sistema de saúde e as políticas públicas para as metas de saúde, que constituem o objetivo final dos planos e estratégias de saúde. Os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e eficiente possível. Cada vez mais, é necessário basear as decisões e intervenções na melhor evidência disponível, utilizando instrumentos dinâmicos que permitam identificar as principais prioridades de intervenção, e implementando abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes (Schmets *et al.*, 2016).

O planeamento em saúde pode ser um processo útil para a melhoria da saúde da população, mas deve ser adaptado às exigências da sociedade moderna e da nova saúde pública. Assim, dada a complexidade dos dilemas enfrentados pelo sistema de

saúde, é importante utilizar e adequar os instrumentos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde da população.

Na sua forma atual, os planos de saúde como ferramentas para a mudança estratégica são insuficientes. Para melhorar a saúde das populações é necessário adaptar as conceções e instrumentos utilizados ao pensamento da saúde pública contemporâneo. Neste sentido, esta dissertação propõe uma *framework* de governança local, através do desenvolvimento e implementação de estratégias locais de saúde.

A literatura sobre planeamento, estratégias e governança de saúde tem vindo a reforçar a importância do contexto, dos interesses e das relações de poder e de influência entre os vários atores sociais nos sistemas de saúde. Deste modo, os processos de elaboração de planos e estratégias devem assentar em estruturas descentralizadas de âmbito local que considerem as soluções apropriadas a cada território e o contexto em mudança. Estas devem basear-se em processos de negociação e compromisso, de modo a facilitar a obtenção dos objetivos, assim como aumentar a capacidade de aprendizagem e inovação dos agentes sociais (Brissos, 2004; Javanparast, *et al.*, 2018)

Esta proposta apresenta uma estrutura para orientar e incentivar a governança local de saúde, de modo a obter melhorias no estado de saúde da população.

### **6.1 *Framework* para a governança local em saúde: estratégias locais de saúde**

Partindo dos princípios e metodologias do planeamento, pensamento estratégico e governança de âmbito local, é possível organizar uma *framework* para a ação local, organizada em torno de estratégias locais de saúde (ELS).

As ELS, como instrumentos de governança, devem ter em conta o modo como os governos e outras organizações sociais interagem, como estes se relacionam com os cidadãos e como as decisões são tomadas num mundo complexo (Graham, Amos e Plumptre, 2003), ao lado dos seus aspetos técnicos aparentemente mais objetivos, reforçando também a importância do carácter dinâmico e adaptativo do processo de planeamento, com a interação dinâmica e continua entre os vários elementos de planeamento (Schmets *et al.*, 2016).

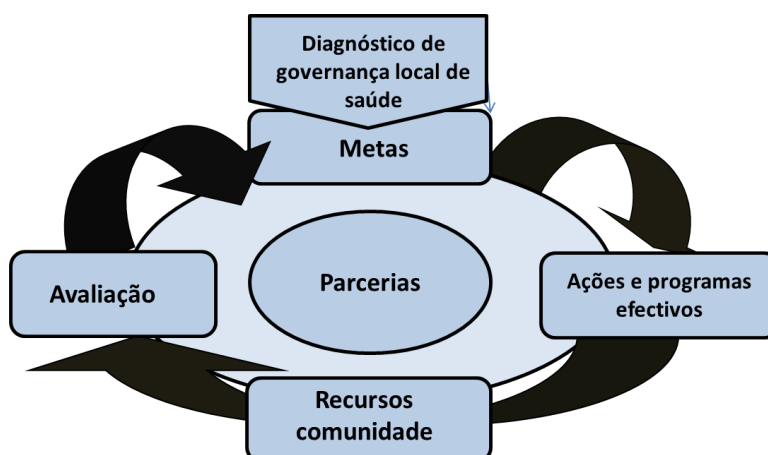
Estas desenvolvem-se em contextos socioeconómicos específicos, a partir da definição de metas de saúde como um compromisso social, reforçando a importância do envolvimento dos parceiros nas diferentes etapas do processo que desenvolverão

as suas contribuições de acordo com as suas capacidades e valores próprios, num horizonte temporal definido (Rohrer, 2016).

As ELS correspondem a um modelo de perspetiva populacional. Em cada ELS, os serviços de saúde e os seus parceiros devem definir um conjunto limitado e bem selecionado de metas, em polos de alavancagem estratégica, para obtenção de ganhos em saúde. Deste modo, nascem programas de ação, que são sujeitos a monitorização e avaliação, que por sua vez vão influenciar e originar reajustes nas metas e consequentemente em todo o processo (Santos *et al.*, 2010).

A figura n.º 20 ilustra o modelo de desenvolvimento das ELS. Este corresponde a um processo com vários componentes, distintos, mas inter-relacionados – o diagnóstico de governança de saúde local, as metas, as parcerias, as ações e programas efetivos, os recursos locais e a avaliação. A interação entre estes componentes é essencial para assegurar a consistência na direção estratégica.

Figura n.º 20 – Modelo Estratégias Locais de Saúde



Fonte: Adaptado de Santos *et al.*, 2010.

Habitualmente, o processo de planeamento não é um exercício linear, mas pelo contrário caracteriza-se muitas vezes por ciclos circulares, avançando e retornando, entre as necessidades constatadas a nível local e as prioridades e metas identificadas a nível nacional (Rohrer, 2016).

Deste modo, o desenvolvimento de estratégias locais de saúde não tem de percorrer as diferentes fases do modelo apresentado, de uma forma sequencial. Na realidade, a estratégia local de saúde surge do que já existe, parte do ponto onde os serviços de saúde e parceiros se encontram, implementando-se diferentemente em contextos com diferentes antecedentes. Assim, onde já existem fortes antecedentes em planeamento

de saúde, este processo limita-se a fortalecer alguns dos componentes do trabalho em curso. Em contextos com antecedentes limitados, o processo pode proporcionar um recomeço desejável (Santos *et al.*, 2010). Como se trata de um processo dinâmico, é possível ir aproveitando as suas próprias sinergias para desenvolver simultaneamente vários pontos do processo.

## **6.2 As estratégias locais de saúde como instrumento de governança local para a melhoria da saúde da comunidade**

A questão fundamental neste âmbito é perceber de que forma o desenvolvimento de estratégias locais de saúde pode conduzir a melhores resultados de saúde na comunidade.

Os aspetos críticos no desenvolvimento e implementação das ELS fundamentam-se nas várias indicações resultantes da evolução dos conceitos e dispositivos de ação, identificados nos diferentes paradigmas, referentes aos processos de mudança no sistema de saúde, com vista à melhoria da saúde da população.

Deste modo, os fatores críticos para o desenvolvimento efetivo deste processo como instrumento de governança local para a melhoria da saúde consistem:

- na análise da saúde da população local (incorporando não só os problemas de saúde da população, mas também um “diagnóstico” de situação da governança local);
- na definição de metas e objetivos como compromissos sociais (reforçando a passagem da ideia de processos para resultados, a importância do envolvimento e compromisso dos *stakeholders*-chave que contribuirão para a sua realização, de acordo com os seus valores e capacidades próprias);
- na seleção de intervenções e ações efetivas (com a seleção de pontos de alavancagem estratégica; partindo das iniciativas existentes, disseminando boas práticas e reforçando e direcionando as restantes);
- na identificação de recursos para a implementação da estratégia (identificando os recursos necessários para assegurar a sustentabilidade da implementação da estratégia).

A análise da situação de governança de saúde local, deve incluir uma análise sistemática de dados sobre a carga da doença para o grupo populacional; bem como a análise dos esforços, iniciativas e recursos existentes para responder às necessidades

identificadas, podendo identificar oportunidades de parceria e o potencial de alavancar recursos adicionais (Kickbusch; Gleicher, 2012).

O envolvimento precoce aumenta a probabilidade de que as partes interessadas irão desenvolver um senso de propriedade da estratégia, encarando-o como um compromisso para ter sucesso. As diferentes experiências e perspectivas que os parceiros trazem vão ajudar a garantir que este processo responda às necessidades de todos os segmentos da população (Leppo *et al.*, 2013; Kickbusch; Buckett, 2010; Ståhl *et al.*, 2006). Cada parceiro contribui com os seus próprios contactos e componentes, ampliando a base de apoio para a estratégia e aumentando a sua credibilidade naquele território. Os modelos de governança para a melhoria de saúde da comunidade enfatizam a necessidade de um envolvimento significativo das partes interessadas, com alguns modelos projetados para o processo de planeamento liderado pela comunidade (Yeboah, 2005).

As metas fornecem uma visão do que se pretende alcançar. Devem transmitir, inequivocamente, que algo novo é planeado e que é suscetível de conduzir à mudança desejada nos indicadores de saúde. Neste sentido, as metas devem ser específicas, mensuráveis, alcançáveis, orientadas para resultados, com horizonte temporal definido e logicamente organizados. Estas devem ser coerentes com as prioridades globais de saúde pública, do país e da comunidade onde se inserem, no entanto devem representar um compromisso social com os agentes que contribuirão para a mudança, em vez de um processo tecnocrático (Smith; Busse, 2010).

Os modelos de governança enfatizam a importância de compreender uma comunidade e os atributos únicos dos seus membros, antes da seleção das intervenções e ações. A definição de critérios, para uma seleção sistemática de intervenções a serem realizadas, tem de necessariamente de assentar numa abordagem baseada na melhor evidência disponível. A carga de doença tem um papel de destaque entre os critérios usados para selecionar intervenções e ações, porém outros critérios também são importantes, como os fatores políticos de uma comunidade ou a prontidão para a mudança de um subgrupo. A seleção de intervenções e ações deve ser focada em polos de alavancagem estratégica, capazes de promover interações e sinergias, para proporcionar efeitos positivos e multiplicadores em vários domínios da saúde (Kickbusch; Gleicher, 2012; 2014).

As estratégias terão pouca probabilidade de sucesso, se não forem abordados os aspetos relacionados como identificar, manter e sustentar os recursos necessários para implementar a estratégia. Apesar de esta fase ser muitas vezes omitida nos

modelos de planeamento em saúde, existem muitos exemplos de iniciativas promissoras que foram extintas, devido à falta de recursos suficientes para sustentar os esforços por um longo período de tempo, de modo a alcançar os resultados pretendidos. Numa época em que os recursos de saúde pública são escassos, os responsáveis pelo processo de mudança devem sempre considerar quais são os recursos disponíveis, bem como os que serão necessários para implementar a estratégia (Yeboah, 2005).

Quase todos os modelos de planeamento, pensamento estratégico e governança referem a avaliação como uma das etapas e atividades mais importantes e úteis. Como parte do processo de avaliação podem ser identificados problemas e, conseqüentemente, incorporados ajustes e medidas corretivas ao longo do processo de implementação da estratégia (Schmets; Rajan; Kadandale, 2016).

Uma estratégia adequada deve ser compreensível e útil. Tanto quanto possível, a estratégia deve ser concebida para despertar o interesse e apoio dos compromissários locais. As regras sobre a divulgação da estratégia devem ser feitas assim que possível, de modo a garantir uma disseminação rápida por aqueles que podem contribuir para a implementação e o sucesso da mesma.

### **PARTE III – DISCUSSÃO CONJUNTA DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS**

Esta dissertação teve como finalidade geral desenvolver uma abordagem para a compreensão das questões conceituais e técnicas, subjacentes à gestão dos processos de melhoria da saúde das populações, com vista à identificação das suas limitações e à elaboração de indicações para a sua melhoria.

A investigação dos principais conceitos e dispositivos de ação, neste âmbito, é fundamental para capacitar o sistema de saúde e as suas organizações, bem como para responder às necessidades de saúde e aos desafios da sociedade contemporânea (Gittins; Standish, 2010).

A análise da evolução da gestão da mudança com vista à melhoria da saúde das populações é significativamente complexa, dada a multiplicidade de variáveis que tem influência nestes processos, o seu vasto campo teórico, bem como a existência de uma diversidade de termos, formatos e documentos com o objetivo último de melhorar a saúde das populações.

Neste âmbito, a literatura indica que estes processos são influenciados pelo período temporal, delimitação geográfica do âmbito de atuação, enquadramento político, económico e social, características dos sistemas de saúde, bem como pelos referenciais conceituais e dispositivos de ação dominantes (WHO, 2010a; Antwi; Kale, 2014; Schmets *et al.*, 2016; Javanparast *et al.*, 2018).

Neste sentido, de acordo com a finalidade desta dissertação, optou-se por delimitar o campo de investigação aos conceitos e dispositivos de ação, referentes aos processos de melhoria da saúde das populações, no período temporal compreendido entre o Pós-Segunda Guerra Mundial e a atualidade (1946-2017).

No que diz respeito ao contexto, optou-se por realizar a análise em três níveis, designadamente a nível europeu (União Europeia), nacional (Portugal Continental) e local (correspondendo à delimitação geográfica dos ACES em Portugal Continental).

Para este efeito, a dissertação foi organizada em três estudos. O estudo I analisa como evoluíram as principais conceções e dispositivos de ação da gestão da mudança nos sistemas de saúde, no contexto europeu do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade. A partir da revisão de literatura foi possível elaborar um quadro de referência, para análise dos processos de mudança nos sistemas de saúde, com vista à elaboração de indicações úteis para os processos de melhoria da saúde das

populações. Aplicou-se este quadro analítico tanto a nível nacional (estudo II) como a nível local (estudo III).

O tema e as questões de investigação são de natureza complexa e emergente, estando relacionadas com alterações de paradigma, conceitos e dispositivos de ação subjacentes aos processos de melhoria de saúde da população. Estas exploram as questões num ambiente em evolução e influenciado pelo contexto, não estando em foco hipóteses, mas antes questões mais abertas de natureza concetual.

### **Evolução dos conceitos e dispositivos de ação subjacentes à gestão da mudança nos sistemas de saúde no contexto europeu**

A partir do quadro de referência analítico desenvolvido no Estudo I identificaram-se três paradigmas de ação, subjacentes à gestão da mudança nos sistemas de saúde centrada na promoção e proteção da saúde das populações. Cada paradigma foi definido, em função das suas referências principais, no que diz respeito à evolução concetual e aos dispositivos de ação utilizados, bem como ao enquadramento político, económico e social do sistema de saúde.

Os resultados deste estudo identificaram três paradigmas de ação que foram designados como i) “Planeamento Integrado de Saúde”; ii) “Estratégias e Metas de Saúde”; e iii) “Governança em Saúde”, a que correspondem três estádios de desenvolvimento dos conceitos e dispositivos de ação.

No paradigma do “Planeamento Integrado de Saúde”, o pensamento concetual dominante caracterizou-se essencialmente pela aplicação dos princípios do planeamento ao setor da saúde. Neste âmbito, os objetivos de saúde adotados para a melhoria da saúde da população são de natureza essencialmente técnica, e estão associados à elaboração de planos exaustivos, a implementar pelas diferentes organizações e agentes do sistema de saúde. Estes planos detêm uma perspetiva normativa-prescritiva, *top-down*, assumindo a previsibilidade e controlabilidade da envolvente externa, bem como uma racionalidade pré-estabelecida ao nível dos processos internos do sistema de saúde.

Na década de 80, resultante da emergência das referências ligadas à *Health for all in the year 2000* (1985) e à Carta de Ottawa (1986), verificou-se um salto qualitativo comparativamente à perspetiva do planeamento. Estes dois movimentos marcaram a transição para um novo paradigma “Estratégias e Metas de Saúde”, em que se preconiza a adoção de estratégias de saúde centradas em metas quantificadas, como compromissos sociais concertados com os agentes sociais que contribuirão para a sua

realização. Deste modo, a definição e implementação de objetivos de saúde é mais flexível e assenta num processo negocial, em que cada compromissário desenvolve os seus programas de ação, de acordo com os seus valores e capacidades próprias. Este paradigma vem reforçar a importância dos vários agentes sociais, que contribuem para a implementação das metas e das iniciativas de promoção da saúde de âmbito local.

No final da década de 90, considera-se um segundo salto qualitativo neste âmbito, através da constatação de que as mudanças sociais resultam, em grande medida, da interação entre os diversos agentes sociais que vão ocorrendo continuamente, enquadradas ou não por iniciativas de planeamento centralizado ou por ações assentes em compromissos sociais. Esta constatação contribui para uma nova forma de compreender e abordar os processos de mudança, assentando na disseminação e consolidação das noções da complexidade dos sistemas de saúde, da governança em saúde e da boa governança em saúde. Estas noções reforçam a importância das abordagens focadas na influência das interações existentes, em direção aos objetivos desejados, através de múltiplas estratégias de âmbito local, assentes na visão e nos princípios subjacentes à gestão de sistemas adaptativos complexos.

Na literatura, vários autores identificam as características, os princípios e o período correspondente à aplicação do planeamento racionalista ao setor da saúde, como a fase do “comprehensive health planning”, que neste estudo se designou como o paradigma do “Planeamento Integrado de Saúde” (Hyman, 1982; Repullo, 1999; Green, 2007).

Wismar e colaboradores (2008) reforçam a ideia de que a introdução de metas no setor da saúde é frequentemente atribuída à publicação da estratégia da OMS Europa para a “Saúde para Todos”, representando uma mudança abrupta à abordagem predominante. Uma revisão efetuada pela Organização Mundial de Saúde para a Europa, demonstrou também que 41 dos então 52 Estados-membros adotou ou delineou políticas, que incluíam metas de saúde, embora a sua natureza e implementação tenha variado muito (WHO, 2005).

Schemets e colaboradores (2016) reconhecem o salto qualitativo que o pensamento estratégico permitiu, contribuindo para o desenvolvimento de abordagens que privilegiam a síntese dos estímulos do ambiente externo e interno para criar uma perspetiva integrada. Bem como, que ao nível dos instrumentos, existiu uma transição de um processo de planeamento de comando e controle, assente em “planos prescritivo-normativos *top-down* dos ministérios”, para abordagens e dispositivos de ação assentes em estratégias e metas, resultantes de um processo negocial.

As referências relacionadas com a governança emergem na década de 90, associadas à ideia de incapacidade de os governos responderem adequadamente aos problemas e desafios colocados pelas novas realidades sociais e políticas do final do século XX. A aplicação dos seus conceitos e princípios à saúde tem sido realizada desde então, ocupando cada vez mais espaço na literatura sobre as políticas de saúde e gestão da mudança nos sistemas de saúde (Dodgson; Lee; Drager, 2002; Willke, 2000; Kickbusch; Gleicher, 2012;2014). A grande disseminação deste conceito e dos seus princípios no setor da saúde fundamentaram a configuração do paradigma da governança em saúde no estudo I.

Vários autores (Glouberman; Millar, 2003; Tomson; Påfs; Anders, 2014) preconizam o reconhecimento dos sistemas de saúde, como sistemas adaptativos complexos. Estes sistemas são caracterizados por relações não-lineares e de auto-organização entre os agentes sociais ao nível dos processos internos e por um ambiente externo imprevisível, o que origina incerteza e consequências inesperadas ou comportamentos emergentes. Assim, a introdução da noção de complexidade nos sistemas de saúde contribuiu para fundamentar a adequação da governança e dos princípios da boa governança, na gestão dos processos de melhoria da saúde da população.

Apesar de, na realidade, as fronteiras destes paradigmas não serem totalmente estanques e estes tenderem a coexistir, a identificação de perspetivas dominantes é útil para contribuir para a compreensão das diferentes abordagens e dispositivos de ação, retirar ensinamentos e proporcionar indicações para a melhoria destes processos. Estas abordagens devem ser apreendidas, como diferentes perspetivas que se adequam a diferentes variáveis situacionais, complementando-se, em vez de serem consideradas de modo compartimentado e mutuamente exclusivo.

Deste modo, as principais referências destes paradigmas expressam a dicotomia entre as principais abordagens de gestão da mudança: a mudança planeada e emergente; as abordagens *top-down* e as de enquadramento para ação local; os dispositivos de ação assentes em planos integrados de saúde e os instrumentos de governança.

De acordo com Rohrer (2016), o processo de planeamento pode ser feito de acordo com uma perspetiva mais normativa ou mais flexível. Se a abordagem é normativa, esta consiste numa progressão ordenada e racional de etapas predefinidas, geralmente definidas pela autoridade de saúde nacional. Neste caso, a capacidade de tomada de decisão no nível central tende a estar localizada no topo e concentrada num número limitado de atores pertencentes ao nível nacional. Se a abordagem é mais flexível, esta permite um certo grau de autonomia dos vários grupos de interesse,

grupos populacionais e organizações envolvidas no processo de planeamento. A ênfase nesta perspetiva assenta na discussão e negociação.

Nas abordagens de planeamento *top-down*, a terminologia e as orientações são predeterminadas pelo nível central abrangendo todo o processo de planeamento, desde o desenho genérico, ao estabelecimento de metas e objetivos, até às modalidades de implementação. Nesta perspetiva, os níveis mais baixos do sistema de saúde são vistos principalmente como braços de implementação do nível central. Já no planeamento de baixo para cima (*bottom-up*), o nível central atua para apoiar os gestores e responsáveis pelas organizações, onde o planeamento operacional ocorrerá, na identificação de questões importantes e relevantes para estes. O input dos níveis operacionais é utilizado como o principal ponto de partida para o planeamento a nível central (Rohrer, 2016).

De acordo com vários autores, o modelo planeado é mais adequado a contextos mais estáveis e previsíveis, em que a mudança pode ser dirigida a partir do nível de topo. Por outro lado, os modelos emergentes são mais apropriados a contextos imprevisíveis e que evoluem rapidamente, sendo muito difícil conduzir a mudança do topo (Burnes, 2004; Antwi; Kale, 2014; Javanparast *et al.* 2017).

Tendo em conta as limitações das abordagens planeadas, a partir dos anos 80 os modelos inspirados na mudança emergente foram sendo consolidados na literatura. Nesta perspetiva, o processo de mudança é desenvolvido, tendo em consideração as múltiplas variáveis do sistema, e através de um processo contínuo de gestão da adaptação a um ambiente imprevisível e em rápida mudança. Esta perspetiva difere substancialmente da mudança como uma série linear de eventos para um período temporal definido (Burnes, 1996; 2004).

Assim, as abordagens assentes na mudança emergente preconizam que não se deve procurar modelos únicos, mas sim compreender as forças e fraquezas de cada abordagem ou modelo, para perceber os contextos em que melhor podem ser aplicados. A potencialidade dos diversos modelos de gestão da mudança reside na sua aplicação, tendo em conta os contextos específicos e as interações existentes no sistema de saúde (McAuliffe; Vaerenbergh, 2006; Turner; Haley; Hallencreutz, 2009).

Sakellarides (2000) enfatiza que a gestão da mudança, na saúde como noutros setores, já não pode ser concebida como uma operação de comando hierárquico, mas antes como um processo de ativação de várias fontes de iniciativa. Este tem de ser entendido como fenómeno interativo por excelência, logo as abordagens devem ser interativas e devem integrar a aprendizagem contínua, bem como o conhecimento

coletivo dos múltiplos *stakeholders*. Isto, implica a necessidade de os organismos centrais necessitarem de se afastar da imposição dos planos *top-down*, passando para um enquadramento de políticas e estratégias, deixando a implementação detalhada para o nível local e adotando uma abordagem flexível (Blas *et al.*, 2016).

Green (2007) argumenta que se denota, cada vez mais, um interesse renovado nos dispositivos de ação de melhoria da saúde das pessoas, no entanto este difere do interesse ocorrido nas décadas de 1980 e 1990. Atualmente, reconhece-se a importância dos desafios que requerem respostas inovadoras, em vez das meras questões técnicas.

Schmets e colaboradores (2016) preconizam que a noção de pensamento estratégico contribuiu para a transição de um processo de planeamento de comando e controle, assente em “planos prescritivo-normativos *top-down* dos ministérios”, para abordagens e dispositivos de ação assentes em estratégias e metas, resultantes de um processo negocial e compromisso social, concertado com os agentes sociais, que contribuirão para a sua realização.

Porém, a elaboração de planos e estratégias baseadas em metas, mesmo que assentes em compromissos sociais, por si só, não asseguram os mecanismos de influência necessários para realizar os objetivos dos sistemas de saúde. Deste modo, é necessário adotar instrumentos de análise, negociação, gestão e influência adequados à complexidade dos sistemas de saúde. Os princípios da boa governança e da gestão de sistemas complexos adaptativos são fundamentais neste âmbito.

Kickbusch e Gleicher (2012; 2014), com base numa revisão de abordagens para a governança para a saúde, propõem cinco tipos de governança inteligente para a saúde, que devem ser combinados em abordagens “whole-of-government” e “whole-of-society”. Designadamente: governar através da colaboração; governar através do envolvimento dos cidadãos; governar através da mistura de regulação e persuasão; governar através de agências independentes e órgãos especializados; governar por políticas adaptativas, e estruturas resilientes. Estes autores defendem que se forem observados estes princípios, o caminho para o planeamento operacional será facilitado, bem como para a implementação de atividades para diversos aspetos do sistema de saúde (cuidados de saúde, sistemas de apoio, outros determinantes), para todos os atores e para todos os níveis.

Tomson; Páf; Anders (2014) enfatizam que a gestão de sistemas adaptativos complexos requer a adoção de múltiplas estratégias de âmbito local, assentes em processos de negociação e compromisso, que valorizem as soluções adequadas a

cada território, tendo em conta o contexto de mudança. Estas aumentam a probabilidade de responder mais adequadamente aos problemas complexos, em comparação a um modelo prescritivo, único e *top-down*.

Dada a abrangência da temática estudada para a abordagem metodológica do estudo I, optou-se por uma revisão de literatura narrativa. Procurou-se utilizar um amplo conjunto de fontes de informação, permitindo a combinação de dados de literatura empírica e teórica, referentes aos conceitos e disposição de ação dos processos de melhoria da saúde da população.

Este tipo de revisão é indicado para o levantamento da literatura científica disponível quando a temática em estudo é abrangente. Esta permite a construção de redes de pensamentos e conceitos, que articulam saberes de variadas fontes de informação, identificando temáticas recorrentes, apontando novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento e evidenciando novas ideias e métodos que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura (Baumeister, Leary, 1997; Elias *et al.*, 2012; Vosgerau; Romanowski, 2014).

Outros tipos de revisão apresentam um detalhe e uma especificação metodológica mais clara e quantitativa, partindo de uma questão central de pesquisa mais delimitada. No entanto, de acordo com a temática e objetivos deste estudo, a revisão narrativa pareceu a abordagem metodológica mais adequada e exequível para o desenvolvimento do estudo.

### **Evolução das conceções e dispositivos de ação subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde no contexto nacional em Portugal Continental**

A partir do quadro de referência desenvolvido no estudo I, o estudo II analisou os conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde no contexto nacional em Portugal Continental, no período do Pós-II Guerra Mundial até à atualidade. Este estudo caracterizou os principais instrumentos utilizados, assim como identificou as limitações e obstáculos que têm vindo a dificultar este processo e as iniciativas que poderiam contribuir para ultrapassar essas dificuldades.

A metodologia deste estudo consistiu numa revisão de literatura narrativa, na análise documental à “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” e aos três Planos Nacionais de Saúde (2004-2010; 2012-2016; revisão e extensão a 2020), bem como na realização e análise de conteúdo de 15 entrevistas semiestruturadas a peritos e profissionais-chave, envolvidos na elaboração e implementação destes planos.

Os resultados deste estudo indicam que desde a década de setenta, Portugal encetou experiências no âmbito do planeamento integrado de saúde. Podem ser identificadas várias ações e práticas de planeamento setorial na saúde, no entanto estas foram caracterizadas pela falta de participação e de descentralização, assim como por uma insuficiente integração sistematizadora.

O processo sistematizado de elaboração de estratégias e planos nacionais de saúde teve início no final da década de 90, com a “Estratégia de saúde para o virar do século” (1998-2002), que foi sucedida pelos Planos Nacionais de Saúde (2004-2010; 2012-2016; revisão e extensão a 2020), que têm coexistido com programas verticais dedicados a problemas de saúde específicos.

A identificação da “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” como primeiro instrumento e estratégia explícita a nível nacional, para a melhoria da saúde da população é corroborada por vários autores (Sena; Ferrinho; Miguel, 2006; OPSS, 2012; Simões; Ferrinho, 2017).

O desenvolvimento do PNS 2004-2010 representou um processo mais estável e sustentado no desenvolvimento de estratégias de saúde no país, tendo sido debatido e amplamente difundido pelos meios de comunicação social, organismos do Ministério da Saúde e setores afins da sociedade civil. Neste âmbito, foram realizados trabalhos temáticos por especialistas nas matérias selecionadas, consultas internacionais e fóruns nacionais e regionais. Este plano baseou-se em diversos Programas Nacionais e 4 coordenações nacionais para os programas de saúde prioritários. O período final de vigência deste plano ficou profundamente marcado pela recessão económica, que posteriormente deu origem ao pedido de financiamento externo à Troika.

A construção do PNS 2012-2016 teve como pontos de partida a reflexão sobre a elaboração e implementação do PNS anterior, a dinamização de diferentes grupos de trabalho, análises especializadas setoriais, desenvolvidas por peritos nacionais com consultoria internacional e discutidas publicamente, bem como instrumentos facilitadores de participação ativa, audição de pontos focais de diferentes ministérios, ordens profissionais e outros organismos. Em 2015, realizou-se uma revisão e extensão deste PNS a 2020, em alinhamento com a estratégia “Health 2020” da Organização Mundial de Saúde para a Europa.

Da análise documental aos diferentes planos e das entrevistas realizadas a elementos-chave na elaboração e implementação destes planos, verificou-se que as entidades responsáveis pela coordenação dos planos se têm centrado ao nível do

Ministério da Saúde, nomeadamente na DGS, no ACS e posteriormente de novo na DGS.

Na estratégia e planos subsequentes, verificou-se um enfoque crescente quer no diagnóstico de situação, quer no envolvimento dos stakeholders no desenho e implementação dos mesmos. Estes planos apresentam objetivos e metas quantificados para o período temporal definido, existindo uma crescente transparência e fundamentação relativa à metodologia de definição de metas. Porém, este processo obedeceu mais a um exercício de natureza técnica do que a um compromisso com os vários agentes do sistema de saúde que contribuem para a realização dessas metas.

Relativamente à seleção da população e das estratégias para intervenção, os diferentes instrumentos analisados definem vários tipos de estratégias e abordagens para diferentes grupos populacionais. Pode ser observado um impulso de exaustividade no PNS de 2004-2010, que é atenuado no PNS de 2012 e reduzido no de 2020, com a adoção de 4 metas de saúde transversais.

Estes instrumentos contemplam uma multiplicidade de programas verticais associados, no entanto não referem mecanismos de coordenação entre estes programas. Relativamente ao modelo de implementação, este assenta numa abordagem *top-down* em cascata através de interlocutores regionais e locais. Porém, no PNS 2012 e 2020, já são incorporadas referências, mencionando que os diferentes agentes sociais devem utilizar o PNS como enquadramento para as suas ações.

No que concerne aos recursos para a implementação, nenhum destes instrumentos dispõe de mecanismos de cativação de recursos próprios, ficando dependentes dos orçamentos das instituições envolvidas no processo. A avaliação e monitorização é assente na análise dos indicadores de processos e resultados referentes às metas estabelecidas. A OMS Europa tem participado na avaliação destes instrumentos periodicamente.

Relativamente às limitações e obstáculos identificados mais referidos pelos entrevistados, estes consistiram na pouca valorização e reconhecimento associados às atividades do planeamento em saúde e à falta de alocação de recursos humanos, técnicos e financeiros ao seu desenvolvimento (12 entrevistados). A crise económico-financeira em Portugal, que motivou fortes medidas de restrição orçamental, contenção de custos e recursos no sistema de saúde foram referidas por 10 entrevistados. A dissociação entre o planeamento em saúde, o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos, bem como a fragmentação,

sobreposição de competências e difícil articulação entre as instituições no âmbito do planeamento da saúde foram referidas por 9 e 8 entrevistados.

Das medidas e mecanismos identificados para assegurar que os planos e estratégias de âmbito nacional respondem adequadamente às necessidades da população, a que obteve maior número de referências pelos entrevistados, consistiu na melhoria da articulação, envolvimento e compromisso das organizações internas e externas ao setor da saúde, reforçando assim a importância do processo de planeamento em saúde como amplamente participado e como um compromisso social. A melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação foi identificada por 9 entrevistados, enquanto o alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos e contratualização, assim como o reforço na ligação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local) foram referidos por 7 entrevistados.

Os resultados deste estudo apontam para que os conceitos e as abordagens de gestão da mudança na saúde de âmbito nacional, adotadas em Portugal Continental, se identificam essencialmente com o paradigma do planeamento integrado de saúde e paradigmas das estratégias de saúde, incorporando ainda poucos elementos da governança em saúde. Estes assentam em planos de saúde baseados em metas definidas como um exercício técnico a implementar numa perspetiva normativo-prescrita *top-down* em cadeia para os níveis regionais e locais, que coexistem com programas de saúde verticais.

Tendo em consideração que a saúde da comunidade é influenciada por uma ampla rede de causas e efeitos, que cruza transversalmente várias categorias de problemas de saúde, a gestão de atividades a partir de “categorias estanques”, através de “medidas independentes” destinadas a problemas de saúde específicos, dificultam a adoção de abordagens integradas à saúde do indivíduo e da comunidade.

Estes documentos não têm sido valorizados nas opções da política de saúde e nos processos de gestão das organizações, nem tem sido reconhecido um compromisso político e institucional na sua concretização aos diferentes níveis. Verificou-se um salto qualitativo entre o PNS 2004, o de 2012 e 2020, no entanto estes carecem de um processo de estabelecimento de metas de saúde assente num verdadeiro compromisso social no seu desenvolvimento.

Deste modo, este estudo indica que o processo de gestão da mudança beneficiaria da evolução do papel do Ministério da Saúde como planeador puro, para um papel de planeamento e intermediação, transitando de uma abordagem singular *top-down*, para

uma abordagem como enquadramento de ação para o desenvolvimento, melhoria ou disseminação de várias estratégias existentes no terreno, que vão de encontro aos objetivos de melhoria de saúde da população, incorporando os princípios da boa governança.

As avaliações realizadas pela OMS Europa, bem como as análises do OPSS a estes planos corroboram os resultados encontrados no estudo II (no capítulo da discussão de resultados do estudo II encontra-se a comparação mais detalhada entre os estudos realizados sobre esta matéria). Estas apontam para que o Ministério da Saúde deve evitar o controle central excessivo, permitindo às autoridades locais a margem de que precisam, para adaptar as suas ações aos seus contextos únicos. Indicam também que estes poderiam beneficiar de ações de implementação mais tangíveis, bem como da clarificação de papéis e responsabilidades dos diferentes intervenientes (WHO, 2010b; 2014; 2015; OPSS, 2012; 2013).

No estudo II, optou-se por uma abordagem metodológica assente numa revisão de literatura narrativa, na análise documental à estratégia e planos nacionais de saúde, bem como na realização de entrevistas a elementos-chave na elaboração e implementação destes instrumentos, a nível nacional, regional e local.

As razões que levaram à seleção da revisão de literatura narrativa estão relacionadas com as mesmas identificadas no estudo I. No que concerne à análise documental, foram analisados os quatro documentos de âmbito nacional baseados em objetivos e metas de saúde, com prazos pré-determinados para a sua realização, com vista ao desenvolvimento do sistema de saúde e à melhoria da saúde da população em Portugal Continental. Esta análise foi orientada por uma grelha (Butterfoss; Dunet, 2005) que focou os componentes principais dos planos e estratégias de saúde, combinando uma análise temática com análise de conteúdo.

A análise de documentos é um procedimento sistemático para rever ou avaliar documentos. Como outros métodos analíticos na pesquisa qualitativa, a análise de documentos requer que os dados sejam estudados e interpretados de modo a obter a compreensão dos fenómenos estudados e desenvolver conhecimento empírico (Corbin; Strauss, 2008; Rapley, 2007).

No que diz respeito à seleção das entrevistas, estas constituem uma das principais técnicas de colheita de dados na investigação de cariz qualitativa. As suas principais vantagens consistem no contacto direto com a experiência e conhecimentos dos entrevistados, permitindo uma maior probabilidade de obter informações sobre temas complexos e de recolher respostas detalhadas (Carmo; Ferreira, 1998; Fortin, 2009).

Relativamente às suas desvantagens, estas prendem-se essencialmente com o longo tempo para a sua realização, transcrição e análise; por implicarem amostras pequenas, e não serem consideradas 100% anónimas, dado que existe um potencial viés subconsciente (Brown; 2001).

Porém, na seleção do número de entrevistas a realizar e do perfil dos entrevistados, procurou seguir-se o princípio da saturação e da diversidade. O princípio da saturação preconiza que o número de entrevistas deve ser suficiente, mas não excessivo, para que não se chegue a um ponto em que já nada se recolhe de novo ou diferente quanto ao objeto de pesquisa. Na seleção dos peritos, procurou-se garantir que as entrevistas considerassem a heterogeneidade dos sujeitos e dos fenómenos em estudo, de forma a salvaguardar que a investigação abordasse a realidade, tendo em conta todas as suas múltiplas variações e especificidades (Guerra, 2006).

### **Evolução das conceções e dispositivos de ação subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde de âmbito local em Portugal Continental**

À semelhança do estudo II, o estudo III no contexto local, correspondente à área geográfica dos ACES, analisou os conceitos e dispositivos de ação, assim como os obstáculos, iniciativas e mecanismos que poderiam contribuir para colmatar esses obstáculos.

No período estudado, podem ser identificadas diversas ações, atividades e iniciativas entre os serviços de saúde e a comunidade, com o objetivo último de melhorar a saúde das populações. Algumas são de natureza mais espontânea, enquanto que outras detêm um carácter mais estruturado e sistematizado. Como iniciativas mais estruturadas podem destacar-se o movimento da Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis e das Escolas Promotoras de Saúde, que foram implementadas em Portugal na década de 90 (Loureiro, 1999).

A partir da reforma dos cuidados primários, da constituição dos ACES e das Unidades de Saúde Pública, com competências no diagnóstico de necessidades de saúde da população da sua área de influência, bem como na elaboração de planos e programas de promoção e proteção da saúde da população, associadas às orientações emanadas pelos departamentos de saúde pública das ARS, no ano de 2011 emergiu um movimento de elaboração de planos locais de saúde nos ACES.

Em Portugal Continental foram identificados 29 planos locais de saúde com versão integral disponível. Destes, foram selecionados 25 para análise documental de acordo com os critérios definidos (existência de versão integral disponível e com período de

vigência entre 2011 e 2017, sendo o período de vigência inicial, igual ou inferior a 2015).

Quanto à entidade responsável pela sua elaboração, constata-se que estes PLS, na sua grande maioria, tiveram a autoria e coordenação técnica das USP, concentrando-se maioritariamente no horizonte temporal compreendido entre os anos de 2011 e 2016.

Os resultados da análise aos 25 planos destacam a heterogeneidade dos mesmos, a predominância da componente de diagnóstico de situação, em detrimento das restantes, o número elevado de objetivos definidos, a falta de alternativas a barreiras de implementação intersetoriais, a falta de integração e a priorização interna das intervenções, a falta de compromisso de alocar recursos e a falta de enfoque na componente de implementação das ações propostas na comunicação e divulgação dos mesmos.

A avaliação aos PLS, efetuada pela ARS Norte aos PLS da sua região, corrobora parte destes resultados, dado que identifica que a maioria dos PLS foram construídos entre maio e dezembro de 2011, com base no mesmo referencial do planeamento clássico em saúde. Os componentes menos presentes nos PLS, que esta entidade identificou, foram o plano de monitorização e avaliação e o plano de comunicação. Nos componentes mais presentes também identificou o diagnóstico de situação de saúde, a definição dos objetivos de saúde e a definição das estratégias de saúde a implementar (Portugal.MS. ARSNorte, 2016). Porém, o estudo III enfatiza também a falta de enfoque na componente de implementação das estratégias e ações propostas.

A análise aos planos locais de saúde realizada pela DGS (2016) também corrobora alguns resultados do estudo III, na medida em que caracteriza os PLS como contendo uma estrutura variável e pouco definida, identifica também a indisponibilidade das versões integrais dos PLS (Portugal.MS. DGS, 2016a).

De acordo com os resultados conjuntos dos dois questionários (n=113), em que foi pedido aos inquiridos que atribuíssem um valor entre 1 e 5 às principais dificuldades no desenvolvimento de planos e estratégias de saúde de âmbito local, as dificuldades mais pontuadas consistiram: na falta de autonomia nos ACES (3,81); na carência de recursos humanos, técnicos e financeiros nas organizações de saúde (3,77); nos sistemas de informação existentes (3,70); na pouca valorização do planeamento em saúde comparativamente com as atividades nos ACES (3,47); e na fraca motivação dos diferentes intervenientes para a obtenção dos objetivos e metas definidos (3,36).

Relativamente aos principais fatores facilitadores e iniciativas mais pontuados pelos inquiridos, estes consistiram: no alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos (4,60); a melhoria dos sistemas de informação (4,43); a motivação dos intervenientes do processo (4,42); o alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (4,41); e a alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com a melhoria da saúde da população (4,40).

Estes resultados vão ao encontro das principais dificuldades e fatores facilitadores para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde identificadas na literatura (Rantala; Bortz; Armada, 2014; Walkinshaw *et al.*, 2015).

Dos resultados da aplicação do quadro de referência para a análise dos conceitos e dispositivos de ação no contexto local, ressalta a sua identificação com o paradigma do planeamento integrado de saúde e com o paradigma das estratégias e metas de saúde.

O estudo III sugere que os planos locais de saúde, na sua configuração atual, não são suficientes como dispositivos de ação para a gestão da mudança no sistema de saúde, com vista à melhoria da saúde da população. Neste sentido, propõe o desenvolvimento de estratégias locais de saúde como instrumentos de governança de saúde local.

Estas estratégias têm de se basear necessariamente nos princípios do pensamento estratégico e da boa governança, tendo em consideração o contexto socioeconómico e as interações existentes entre os atores sociais, bem como as soluções de interesse comum, no diagnóstico de situação e no desenvolvimento dessas mesmas estratégias.

A abordagem metodológica deste estudo consistiu numa revisão de literatura narrativa, na análise documental a 25 planos locais de saúde, na realização de 15 entrevistas semiestruturadas e na criação e aplicação de dois questionários, nomeadamente aos i) coordenadores das unidades de saúde pública; e ii) diretores executivos e presidentes dos conselhos clínicos e de saúde dos ACES.

A fundamentação da seleção da revisão de literatura narrativa, das entrevistas e análise documental está relacionada com os motivos apresentados no estudo I e II. Na definição dos critérios de inclusão para a análise documental dos 25 planos locais de saúde, teve-se em conta o facto de só se analisaram planos com a versão integral disponível ao público; e com o período de vigência correspondente à primeira geração de planos locais de saúde que foram elaborados no período entre 2011 e 2016. Nesse

sentido, só foram considerados os planos com o período de vigência inicial igual ou inferior a 2015, de modo a manter o período de análise correspondente ao período em que a maioria dos planos foi elaborada.

Os questionários são uma técnica muito utilizada na investigação em Ciências Sociais para recolher informação dos participantes, sobre as suas características sociais, comportamentos, percepções, atitudes, crenças e razões para a ação relativamente à temática estudada (Bulmer, 2004). As principais vantagens da utilização dos questionários consistem na possibilidade de recolher informação de um número elevado de pessoas, garantir o anonimato das respostas, permitir que as pessoas respondam no momento que lhes pareça mais apropriado e na não exposição dos questionados à influência do questionador. As suas principais desvantagens consistem no desconhecimento das circunstâncias em que o questionário foi respondido e na falta de garantia de que a maioria das pessoas o devolva completamente preenchido (Afonso, 2005).

Com vista a responder às necessidades específicas do estudo foram criados dois questionários próprios. As etapas na construção e validação dos questionários seguiram as recomendações da literatura neste âmbito (Hill; Hill, 2008; Fortin, 2009). Estes procuraram abranger todos os ACES a nível nacional (N=55), no entanto devido ao parecer indeferido da ARS Algarve, os 3 ACES na sua dependência não participaram neste estudo.

Devido ao facto de estes instrumentos medirem percepções, podem estar sempre sujeitas a um grau de subjetividade. Outro elemento de possível viés consiste no facto de estes questionários terem sido aplicados somente no âmbito do setor da saúde e, designadamente, aos ACES e ULS. No entanto, esta opção teve como fundamento o facto de serem os coordenadores das USP, diretores executivos e presidentes dos conselhos clínicos e de saúde pertencentes aos ACES, os maiores conhecedores do processo de elaboração e implementação de planos locais de saúde, constituindo os elementos mais aptos a reconhecer obstáculos e identificar iniciativas e mecanismos de melhoria nestes processos.

No que diz respeito à proposta de *framework* para a governança local de saúde, através de elaboração e implementação de estratégias locais de saúde, esta fundamenta-se nas indicações fornecidas pelo quadro analítico de referência, relativo à evolução dos conceitos e dispositivos de ação, nos diferentes paradigmas de gestão dos processos de mudança no sistema de saúde, com vista à melhoria da saúde da população.

Estas indicações contribuem para uma nova forma de compreender e abordar os processos de mudança, assentando na disseminação e consolidação das noções da complexidade dos sistemas de saúde, da governança em saúde e da boa governança em saúde. Estas noções reforçam a importância das abordagens focadas na influência das interações existentes, em direção aos objetivos desejados, através de múltiplas estratégias de âmbito local, assentes na visão e nos princípios subjacentes à gestão de sistemas adaptativos complexos (Glouberman; Millar, 2003; Swanson; Bhadwal, 2009; Kickbusch; Gleicher, 2012;2014; Rohrer, 2016; Mintzberg, 2017).

A *framework* foi baseada nas fases essenciais do planeamento em saúde, mas incorporando o carácter dinâmico e adaptativo do pensamento estratégico, com a interação dinâmica e contínua entre estas várias fases e os princípios da boa governança em saúde.

Os fatores críticos para o desenvolvimento efetivo deste processo, como instrumento de governança local, para a melhoria da saúde consistem: na análise da governança de saúde de âmbito local; na definição de metas e objetivos como compromissos sociais, em que os *stakeholders*-chave contribuirão para a sua realização, de acordo com os seus valores e capacidades próprias; na seleção de intervenções e ações efetivas de alavancagem estratégica, partindo das iniciativas existentes, disseminando boas práticas e reforçando e direcionando as restantes; na identificação de recursos para a implementação e sustentabilidade da estratégia; e na avaliação e aprendizagem contínua, bem como na acessibilidade e comunicação da estratégia.

Diversos estudos de caso demonstraram que existe uma ligação positiva entre a elaboração de estratégias ao nível subnacional e a melhoria dos resultados de saúde. Estar mais próximo da realidade e das condições de vida da população é uma enorme vantagem, devido à capacidade de se ajustar rapidamente às necessidades e expectativas locais. Estes efeitos positivos do planeamento descentralizado estão principalmente ligados às possibilidades de a nível local, serem recolhidas, analisadas e contextualizadas evidência mais fortes, e a uma reação mais rápida e adaptada aos problemas (Kickbusch; Gleicher, 2012;2014; Rohrer, 2016).

### **Contributo dos estudos para a saúde pública e sistemas de saúde**

A saúde da população é influenciada por um amplo conjunto de fatores e interações relacionadas com as características genéticas, o ambiente, os estilos de vida e os serviços de saúde (Wilkinson; Marmot, 2003; Dias, 2011; Detels *et al.*, 2015).

De acordo com o referido anteriormente, a saúde pública, no seu conceito mais abrangente é definida como a ciência e arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços da sociedade organizada (Acheson, 1988). Os sistemas de saúde vão para além dos cuidados de saúde e abrangem serviços pessoais e populacionais, bem como atividades para influenciar políticas e ações de outros setores para abordar os determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde.

Assim, as ações a empreender devem ser determinadas pela natureza e magnitude dos problemas que afetam a saúde da comunidade e do seu contexto socioeconómico. Expressam-se aqui dois planos, um relativo ao que pode ser realizado e outro relacionado ao que é feito. O primeiro, o que pode ser realizado, vai depender do conhecimento científico e dos recursos disponíveis e mobilizados para tal. O segundo, o que é feito, é função da situação social, económica e política existente nesse local e nesse período de tempo (Detels; Breslow, 2002; Detels *et al.*, 2015).

Neste âmbito, a análise da gestão da mudança nos sistemas de saúde com vista à melhoria da saúde da população, é fundamental para compreender a evolução e as características das diferentes abordagens nas últimas décadas, bem como para retirar ensinamentos e indicações úteis sobre este processo.

Assim, de acordo com a finalidade geral desta dissertação, a partir da revisão de literatura desenvolveu-se uma conceção analítica constituída por três paradigmas de gestão da mudança nos sistemas de saúde, relativos à organização da proteção e promoção da saúde da população. Desconhecem-se estudos anteriores em Portugal, sobre este tema de investigação e respetiva problemática teórica.

A análise desta temática é particularmente complexa, dado o vasto campo teórico onde se insere, e, pelo facto de ser um processo que é influenciado por um amplo conjunto de fatores relacionados com a envolvente externa do sistema de saúde, assim como com os seus processos internos. Neste sentido, na impossibilidade de aprofundar sistematicamente todas as dimensões da problemática estudada, foi fundamental delimitar claramente o objeto de estudo e as dimensões de análise.

Optou-se por circunscrever o campo de investigação aos conceitos e dispositivos de ação, relativos aos processos de melhoria da saúde das populações, emergentes do enquadramento teórico no período compreendido entre o Pós-Segunda Guerra Mundial e a atualidade (1946-2017). Assim, esta investigação não incluiu aspetos

relacionados com a organização e gestão dos cuidados de saúde *per si*, nem com a análise quantitativa de indicadores de saúde.

Foram realizados três estudos com uma lógica sequencial e complementar, em contextos diferentes (europeu, nacional e local), revendo e caracterizando teorias, concepções, práticas e instrumentos na procura de indicações úteis sobre como gerir os processos de mudança nos sistemas de saúde.

A coerência entre os modelos teóricos de referência e as estratégias metodológicas constituem dimensões fundamentais do processo de investigação. Assim, dada a abrangência, bem como a natureza dinâmica e complexa da temática optou-se por uma investigação essencialmente qualitativa.

Atualmente, a investigação qualitativa insere-se em perspetivas teóricas; por um lado, diferenciadas e, por outro lado, coexistentes, recorrendo ao uso de uma variedade de técnicas de recolha de informação (Aires, 2015). Realizou-se uma triangulação metodológica, incluindo várias técnicas de investigação como a revisão de literatura narrativa; a entrevista, a análise documental, a elaboração e aplicação de questionário. Esta triangulação permitiu contribuir para a validade da investigação, garantindo que os resultados e suas interpretações sejam confiáveis (Lincoln; Guba, 2006).

No seu contexto mais amplo, a validade refere-se ao grau em que um estudo reflete os conceitos específicos que pretende investigar. A validade em pesquisas qualitativas é mais ampla e pormenorizada, apesar de menos mensurável quantitativamente. Nesse sentido, adaptando o conceito quantitativista para pesquisas qualitativas, verificar a validade de uma investigação consiste em verificar se esta mede realmente o que o se propôs a medir, se os seus processos metodológicos são coerentes e se os seus resultados são consistentes (Ollaik; Ziller, 2012).

Esta investigação constitui um contributo pertinente e inovador, na medida em que permitiu a identificação e caraterização de três paradigmas, a que correspondem três estádios de desenvolvimento dos conceitos e dispositivos de ação, no âmbito dos processos de mudança dos sistemas de saúde, com vista à melhoria da saúde da população em diferentes contextos.

Neste âmbito, nenhum outro estudo realizado até ao momento, tinha permitido descrever e caracterizar os principais conceitos e instrumentos de planeamento em saúde, que têm vindo a ser utilizados na Europa e em Portugal, quer a nível nacional, quer a nível local, desde o Pós-Guerra mundial até à atualidade.

Verificou-se que o quadro analítico, resultante da revisão concetual elaborada no estudo I, demonstrou ser adequado na análise e descrição da situação portuguesa (estudos II e III), permitindo identificar limitações e indicações para a sua melhoria. Designadamente, os resultados destes estudos indicam que o processo de planeamento em saúde e o desenvolvimento de estratégias de saúde em Portugal beneficiariam da maior incorporação dos conceitos, princípios e dispositivos de ação da governança em saúde.

Neste sentido, sugere-se que sejam efetuados mais estudos sobre esta temática e que esta linha de investigação seja continuada, para se proceder ao acompanhamento da incorporação destes conceitos e dispositivos de ação, na evolução do processo de gestão da mudança da saúde em Portugal.

Nomeadamente, uma linha de investigação futura pertinente consistiria na identificação e acompanhamento do desenvolvimento de estratégias locais de saúde em domínios específicos, para avaliar os seus resultados na melhoria da saúde da população.

## **PARTE IV - CONCLUSÕES**

Alcançar melhores resultados de saúde, com recursos escassos é um tema recorrente nas políticas de saúde e um desafio para os decisores políticos, gestores e investigadores em todos os países (Wismar; Busse, 2002).

O propósito deste trabalho foi desenvolver uma abordagem para a compreensão das questões conceituais e técnicas, subjacentes à gestão dos processos de melhoria da saúde das populações, com vista à identificação das suas limitações e à elaboração de indicações para a sua melhoria.

Para gerir os processos de mudança na saúde, é fundamental identificar os aspetos críticos deste processo, de forma a compreender a melhor forma de intervir. Neste âmbito, existe uma vasta literatura sobre a gestão da mudança nos sistemas de saúde com o propósito de melhorar a saúde das populações, onde podem ser identificadas diversas referências teóricas, abordagens e uma multiplicidade de conceitos, terminologias e interpretações.

A análise desta temática é particularmente complexa, dado o vasto campo teórico onde se insere, e pelo facto de constituir um processo que é influenciado por um amplo conjunto de fatores, relacionados com a envolvente externa do sistema de saúde, bem como com os seus processos internos. Neste sentido, é fundamental delimitar claramente o objeto de estudo e as dimensões de análise.

Esta investigação delimitou o seu âmbito de estudo à evolução dos conceitos e dispositivos de ação, subjacentes às abordagens destinadas à proteção e promoção da saúde das populações nos sistemas de saúde, no período entre o Pós-II Guerra Mundial e a atualidade. Adotou-se uma perspetiva de base populacional, não incluindo aspetos diretamente relacionados com a gestão e organização dos cuidados de saúde, colocando-os em contexto.

Para responder à finalidade geral identificada, foram realizados três estudos. O estudo I, a partir da revisão de literatura, desenvolve um quadro de referência para análise e compreensão dos conceitos e dispositivos de ação, subjacentes aos processos de gestão da mudança no sistema de saúde, com vista à identificação das suas limitações e de indicações úteis para a melhoria destes processos. O estudo II e III aplicam este quadro de referência analítico na realidade portuguesa, quer no contexto nacional (estudo II), quer no contexto local (III).

No estudo I, a partir da revisão conceitual efetuada foi possível identificar três paradigmas de gestão da mudança no sistema de saúde, a que correspondem três estádios de desenvolvimento dos conceitos e dispositivos de ação, subjacentes aos processos de mudança com o propósito de melhorar a saúde das populações. Estes paradigmas foram designados de i) Planeamento Integrado de Saúde; ii) Estratégias e Metas de Saúde; e iii) Governança em Saúde.

O paradigma “Planeamento Integrado de Saúde” foi delimitado pelo período do Pós-II Guerra Mundial até metade da década de 80. A crise do petróleo e o “*crash* da bolsa” nos anos 70 deram origem a um período de forte recessão económica e à adoção de medidas fortes de contenção de custos e de centralismo por parte dos estados. Assim, mediante este contexto, a principal referência deste período consiste na aplicação dos princípios do planeamento ao setor da saúde, numa perspetiva racionalista construtivista, defendendo a crença no desenho racional, consciente e deliberado dos sistemas sociais. Esta perspetiva pressupõe a previsibilidade e controlabilidade da envolvente externa e a existência de uma racionalidade pré-estabelecida ao nível dos processos internos do sistema de saúde.

A busca de melhores maneiras de investir recursos cada vez mais escassos para otimizar a saúde da população, aliada à disseminação das ideias subjacentes à redefinição do âmbito da saúde pública e à noção dos cuidados de saúde primários no domínio da saúde, vieram contribuir para uma abordagem de gestão da mudança centrada no planeamento integrado de saúde. Nesta perspetiva, os objetivos de saúde são de natureza essencialmente técnica e são definidos a nível central, pressupondo a sua implementação em cadeia para os níveis regionais e locais. Os instrumentos adotados neste paradigma foram os planos de saúde, porque a partir da perspetiva racionalista, permitiam interligar os ganhos de saúde para a comunidade, com a priorização dos recursos, melhoria e eficiência dos serviços, a reorientação para cuidados de saúde primários e para a comunidade.

Nos anos 80, através da emergência dos quadros de referência relacionados com as estratégias de saúde e a promoção da saúde a nível local, transita-se para outro paradigma, que foi designado como “Estratégias e Metas de Saúde”. A estratégia de saúde europeia “*health for all in the year 2000*” (1984) e a Carta de Ottawa (1986) foram os elementos centrais do salto qualitativo que marcou a transição para este novo paradigma. Estes vieram introduzir as ideias de que é necessário evoluir dos “planos dos ministérios” (*top-down*) e adotar estratégias centradas em metas quantificadas, como compromissos sociais concertados com os agentes sociais, que contribuirão para a sua realização, de acordo com os seus valores e capacidades

próprias. Esta perspectiva assenta num processo negocial, reforçando a importância dos diferentes agentes sociais que contribuirão para a mudança, bem como as ações de promoção da saúde de âmbito local com a sua total participação e envolvimento.

Outras referências significativas deste paradigma consistiram nas noções de intersectoralidade e parcerias, no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de saúde, na avaliação económica em saúde, assim como na aplicação dos princípios do *New Public Management* à saúde.

Tendo em consideração as dificuldades do planeamento integrado racionalista, as referências teóricas deste período preconizam uma abordagem assente no estreitamento das áreas de intervenção, através da seleção e priorização das áreas a abordar. Assim, o planeamento integrado de saúde perde espaço no discurso concetual e técnico e são incorporados os contributos e terminologias provenientes das disciplinas de estratégia e gestão.

Os dispositivos de ação da mudança transitam dos planos racionalistas para estratégias e metas, assentes num processo negocial e compromisso social com os agentes que contribuirão para a sua realização.

Na final da década de 90, o mundo tornou-se mais complexo do que nunca, grandemente interligado e dinâmico, devido aos avanços nos transportes, e nas tecnologias de comunicação e informação, com a massificação da internet; computadores pessoais, *smartphones* e redes sociais. Estes vieram alterar significativamente o modo de relacionamento e de interação dos indivíduos, contribuindo para uma sociedade do conhecimento e em rede.

Neste contexto, transita-se para um terceiro paradigma da “Governança em Saúde”. A transição para este paradigma foi alicerçada na constatação de que as mudanças sociais resultam, em grande parte, da interação entre os diversos agentes sociais que vão ocorrendo continuamente, quer sejam enquadrados ou não por iniciativas de planeamento centralizado ou por ações assentes em compromissos sociais. Reforça-se, assim, a importância do conhecimento das interações entre os agentes sociais, e dos princípios que devem reger essas interações.

As principais referências concetuais deste paradigma assentam nas noções de governança, boa governança em saúde e no reconhecimento dos sistemas de saúde como sistemas adaptativos complexos.

Outras referências significativas, neste âmbito, consistiram no pensamento estratégico com enfoque na complexidade, na inovação em saúde, no reforço da importância das parcerias e intersectoralidade da saúde, nos determinantes sociais da saúde, bem

como da literacia e multiliteracia. Estas referências vêm reforçar a complexidade dos processos de mudança, e do contexto de incerteza e em constante mutação em que se inserem os sistemas de saúde na atualidade. Deste modo, ao nível dos dispositivos de ação, destaca-se a visão em vez de planos, a promoção e difusão da inovação e os princípios subjacentes à gestão de sistemas complexos.

A partir destas referências, avança-se para a ideia de que a gestão dos processos de mudança requer instrumentos de análise e influência adequados à complexidade dos sistemas de saúde e à sociedade moderna. Deste modo, a adoção de múltiplas estratégias de âmbito local, assentes em processos de negociação e compromisso, que considerem as soluções adequadas a cada território, assentes no conhecimento, capacidade de aprendizagem e inovação dos diferentes agentes sociais, aumentam a probabilidade de responder mais adequadamente às necessidades de saúde das populações.

No estudo I, a partir do quadro de referência elaborado, foi possível identificar e organizar paradigmas dominantes, relativos aos principais conceitos e dispositivos de ação no período estudado. É fundamental reforçar, que na realidade, as fronteiras destes paradigmas não são estanques, tendem a coexistir e cada um acrescenta elementos importantes sobre como gerir os processos de mudança. Neste sentido, estes paradigmas devem ser apreendidos como diferentes perspetivas que se podem adequar a diferentes variáveis situacionais, complementando-se, em vez de serem considerados de modo compartimentado e mutuamente exclusivo.

Nos estudos II e III aplicou-se este quadro de referência analítico à realidade portuguesa, tanto a nível nacional (estudo II), como a nível local (estudo III) para compreender o estágio de desenvolvimento dos conceitos e dispositivos de ação e fornecer indicações para a melhoria destes processos em Portugal.

O estudo II analisa os conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde a nível nacional, em Portugal Continental, pretendendo identificar os seus obstáculos e limitações e propor indicações para a sua melhoria. Este estudo indica que, até aos finais da década de 70, a gestão da mudança na saúde ficou marcada pela falta de participação e de descentralização, bem como por uma insuficiente integração. Nos anos 80, o departamento de estudos e planeamento da saúde dinamizou uma nova fase, com a preparação de planos aos vários níveis e a integração de setores que condicionam a saúde.

No final da década de 90, a estratégia “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século” marcou o início do processo sistematizado de elaboração de

estratégias e planos com o objetivo de melhoria da saúde da população. Esta estratégia foi sucedida pelos Planos Nacionais de saúde (2004-2010; 2012-2016; revisão extensão até 2020), que têm coexistido com programas verticais dedicados a problemas de saúde específicos. Estes são os instrumentos por excelência que têm vindo a ser utilizados na gestão da mudança do sistema de saúde, com vista à melhoria da saúde da população até à atualidade.

A partir da análise documental a estes instrumentos e das entrevistas realizadas a elementos-chave na sua elaboração e implementação, foi possível observar que estes contêm várias características, subjacentes ao paradigma I “Planeamento Integrado de Saúde” e ao Paradigma II “Estratégias e Metas de Saúde”, incorporando ainda poucos elementos do Paradigma III “Governança em Saúde”. Designadamente, estes planos foram baseados numa perspetiva prescritivo-normativa, de elaboração centralizada e pressupondo a sua replicação aos níveis regionais e locais. Existiu um crescente envolvimento e participação de diferentes *stakeholders* na sua elaboração, no entanto o processo de estabelecimento de objetivos e metas parece ainda ser mais de natureza técnica do que um verdadeiro compromisso entre os agentes sociais que vão contribuir para a sua realização.

Tendo em consideração que a saúde das populações é influenciada por um vasto conjunto de causas e efeitos, em contextos económicos e sociais específicos nas suas comunidades, este estudo sugere que seria benéfico que o PNS e os programas nacionais transitassem para uma abordagem, em que constituíssem referências e enquadramento para a ação. Desse enquadramento deve resultar uma clara articulação entre as referências nacionais, as necessidades de saúde locais e as interações sociais existentes nessas comunidades.

O estudo III analisa os conceitos e dispositivos de ação, subjacentes à gestão da mudança no sistema de saúde no contexto local, considerando a base territorial dos ACES, em Portugal Continental. Pretendeu também identificar os obstáculos e limitações deste processo e proporcionar indicações para a sua melhoria.

Na década de 70, Portugal foi um dos países pioneiros a adotar a noção de cuidados de saúde primários com a “primeira geração” de centros de saúde, iniciada em 1971. Estes integraram múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, até aí organizadas de modo vertical. No final da década de 90, verificaram-se várias iniciativas de âmbito local, que reforçaram o processo de melhoria da saúde das populações no contexto das suas comunidades, nomeadamente o movimento das cidades saudáveis e das escolas promotoras de saúde.

A reforma dos cuidados de saúde primários em 2005 permitiu a adoção de uma perspetiva inovadora, proveniente do terreno, contrariando o modelo *top-down* de comando e controlo preconizado a nível nacional.

A constituição dos ACES e das unidades de saúde pública, com o respetivo desenvolvimento de competências na área dos observatórios locais de saúde permitiram um avanço significativo na disponibilização da informação ao nível das necessidades de saúde das populações das suas áreas de influência. Foi neste contexto e a partir das orientações dadas pelos departamentos de saúde pública das ARS que, em 2011, surgiu um movimento de elaboração e implementação de planos locais de saúde nos ACES, como dispositivos de ação para a melhoria da saúde da população.

A partir da análise documental efetuada a 25 PLS e das entrevistas realizadas a elementos-chave, foi possível verificar que a sua elaboração assentou nas etapas clássicas do planeamento em saúde. Estes PLS foram realizados com uma base territorial e populacional correspondente ao ACES, com base nas suas fronteiras administrativas, que não são coincidentes com a divisão administrativa dos municípios, nem com as fronteiras epidemiológicas.

Os resultados apontam para que o processo de planeamento local, ainda tenha sido muito orientado para a “produção do plano”, em vez de se constituir como uma visão e um compromisso entre os diferentes atores a nível local. Estes planos foram encetados pelas Unidades de Saúde Pública e referem que envolveram a participação de vários *stakeholders* dentro e fora do setor da saúde na identificação de prioridades de intervenção, no entanto o grau de envolvimento e o papel dos parceiros da comunidade na definição dos objetivos e nas intervenções não é claro.

Denotou-se uma clara discrepância entre o número de páginas dedicado à descrição e caracterização da população e identificação dos problemas de saúde, em detrimento de todas as outras componentes de estratégias de ação para responder às necessidades identificadas. A definição de objetivos e metas é heterogénea e, na maioria dos planos, assenta mais num exercício técnico do que na assunção de compromissos sociais com aqueles que contribuirão para a sua realização. Observou-se também um enfoque nos objetivos e metas relacionados com a redução de indicadores de mortalidade para um horizonte temporal reduzido, bem como a ausência de objetivos e metas relacionados com os problemas resultantes do impacto da crise económica e social na saúde das populações, decorrentes do contexto sujeito a medidas de austeridade muito severas, em que estes planos foram elaborados.

A comunicação e divulgação dos planos foram as componentes menos presentes nos PLS analisados.

No que diz respeito aos principais obstáculos identificados nas respostas dos inquiridos ao questionário, estes consistiram: na falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES; na carência de recursos humanos, técnicos e financeiros nas organizações de saúde; na falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes para gerar informação e dados para o processo de planeamento em saúde; na pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS, com ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados ao seu desenvolvimento; na fraca motivação dos diferentes intervenientes; e na falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos.

Quanto às principais iniciativas e fatores facilitadores que foram identificadas pelos respondentes, estes consistiram: no alinhamento entre o planeamento da saúde e o planeamento de serviços, a gestão e consequente afetação de recursos; na melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação para gerar informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde; na motivação dos diferentes intervenientes, com a definição de papéis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos; no alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local, a melhoria do modelo de seleção e negociação e aumento do número de indicadores de nível local; e na alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS.

Com o estudo III, a partir da aplicação do quadro de referência ao contexto local e da análise aos dispositivos de ação, foi possível observar que os conceitos e dispositivos de ação a nível local também se identificam predominantemente com o 890' I "Planeamento integrado de Saúde" e com o Paradigma II "Estratégias e metas de Saúde". Os planos locais de saúde representaram um salto qualitativo na gestão dos processos de mudança, na medida em que expressaram explicitamente a identificação e priorização de necessidades de saúde a nível local. Porém, como ferramentas para a mudança estratégica parecem ser insuficientes.

Para melhorar a saúde das populações, é necessário adaptar as conceções e instrumentos utilizados ao pensamento da saúde pública moderna. Neste sentido, estes poderiam beneficiar da incorporação dos princípios e instrumentos do planeamento, pensamento estratégico e da governança em saúde.

Deste modo, este estudo sugere que seria muito importante identificar aquilo que está a ser feito, compreender as limitações e oportunidades nessas comunidades específicas, reforçar as ações efetivas e boas práticas já em curso, melhorar e interligar as ações menos efetivas e isoladas, para posteriormente desenhar estratégias locais de saúde, escolhendo seletivamente pontos de alavancagem que assegurem maior efetividade das estratégias adotadas.

Assim, o estudo III apresenta uma *framework* de governança local, organizada através de estratégias locais de saúde (ELS), como instrumentos para melhorar a gestão da mudança no sistema de saúde português.

As ELS, como instrumentos de governança, devem ter em conta o conhecimento sobre os contextos sócioeconómicos específicos, as interações e iniciativas existentes entre os diferentes agentes sociais, a par dos seus aspetos técnicos aparentemente mais objetivos.

Neste sentido, os aspetos críticos identificados para o desenvolvimento efetivo deste processo consistem: na análise da governança de saúde local; na definição de metas e objetivos como compromissos sociais com os *stakeholders*-chave que contribuirão para a sua realização de acordo com os seus valores e capacidades próprias; na seleção de intervenções e ações efetivas (seleção de pontos de alavancagem estratégica; partindo das iniciativas existentes, disseminando boas práticas e reforçando e direcionando as restantes); na identificação de recursos para a implementação da estratégia (identificando os recursos necessários para assegurar a sustentabilidade da implementação da estratégia); na avaliação e aprendizagem contínua, bem como a acessibilidade e comunicação da estratégia.

Da análise conjunta dos resultados dos estudos, observou-se que o quadro de referência proposto para a análise dos principais conceitos e dispositivos de ação subjacentes aos processos de gestão da mudança no sistema de saúde, se mostrou adequado para a análise destes elementos na realidade portuguesa, tanto a nível nacional como a nível local, tendo permitido identificar algumas limitações e sugestões para a gestão dos processos com vista à melhoria da saúde da população.

Esta tese constitui um contributo pertinente e inovador, na medida em que se desconhecem estudos sobre esta temática e respetiva problemática teórica em Portugal. E, apesar de os resultados destes estudos serem essencialmente de natureza retrospectiva, proporcionam os conceitos e dispositivos de ação que permitem acompanhar prospetivamente a evolução da situação portuguesa nesta temática.

Neste sentido, sugere-se que esta linha de investigação seja continuada, para se proceder ao acompanhamento da incorporação destes conceitos e dispositivos de ação na evolução do processo de gestão da mudança, com vista à melhoria da saúde da população portuguesa.

A realização de estudos futuros sobre esta temática tão complexa é fundamental para trazer à luz evidências, que possam contribuir para a melhoria da gestão dos processos de mudança, capacitando o sistema de saúde e as suas organizações para responder às necessidades de saúde da população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHESON, E.D. - Public Health in England: report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: HSMO, 1988.

ACHESON, J.M. - Institutional failure in resource management. **Annual Review of Anthropology**. 35 (2006) 117–134.

AFONSO, N. - Investigação Naturalista em Educação: Guia prático e crítico. Porto: Asa Editores, 2005.

AGYEMAN-BUDU, E.; WELVAERT, F. - Investing in health care management: a way to explore the future value outlook of the health care setor. **Corporate Governance**. 6 : 4 (2006) 431-439.

AIRES, L. - Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. [Em linha]. Lisboa: Universidade Aberta, 2015. [Consult. 17.10.2018]. Disponível em: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma Qualitativo%20281%20edição atualizada%29.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma%20Qualitativo%20281%20edição%20atualizada%29.pdf)

ALLIN, S. *et al.* - Making decisions on public health: a review of eight countries. Copenhagen: World Health Organization, 2004.

ALMEIDA, L. M. - Medicina, sociedade e saúde pública: a evolução da saúde pública/medicina comunitária ao longo dos tempos. **Anamnesis**. 13: 128 (2004) 35-38.

ALUTTIS, C. A., *et al.* - Reviewing public health capacity in the EU. [Em linha]. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers, 2013. [Consult. 10.03.2017]. Disponível em: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/report\\_ph\\_capacity\\_2013\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/report_ph_capacity_2013_en.pdf).

ANTWI, M.; KALE, M. - Change management in healthcare: literature review. [Em linha]. Kingston, ON: Queens School of Business. Monieson Centre for Business Research, 2014. [Consult. 10.02.2016]. Disponível em: [https://smith.queensu.ca/centres/monieson/knowledge\\_articles/files/Change%20Management%20in%20Healthcare%20-%20Lit%20Review%20-%20AP%20FINAL.pdf](https://smith.queensu.ca/centres/monieson/knowledge_articles/files/Change%20Management%20in%20Healthcare%20-%20Lit%20Review%20-%20AP%20FINAL.pdf).

ATUN, R.; BENNETT, S.; DURAN, A. - Policy brief: when do vertical (stand-alone) programs have a place in health systems? [Em linha]. Copenhagen: World Health

Organization, 2008. [Consult. 10.2.2016]. Disponível em: <http://www.who.int/management/district/services/WhenDoVerticalProgrammesPlaceHealthSystems.pdf>.

BARBOSA, A. M. - A saúde pública e os serviços de saúde pública. In: CAMPOS, A.; SIMÕES, J. - 40 anos de Abril na Saúde. Coimbra: Livraria Almedina, 2014.

BARDIN, L. - Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAUMEISTER, R.F.; LEARY, M. R. - Writing narrative literature reviews. **Review of General Psychology**. 1 (1997) 311–320.

BEAGLEHOLE, R. *et al.* - Public health in the new era: improving health through collective action. **Lancet**. 363 : 9426 (2004) 2084–2086.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R. - Public health at the crossroads: which way forward? **Lancet**. 351 (1998) 590–592.

BIRT, C.; FOLDSPANG, A. - European Core Competences for Public Health Professionals (ECCPHP). [Em linha]. Brussels: The Association of Schools of Public Health in the European Region, 2011. [Consult. 17.03.2017]. Disponível em: <http://aphea.net/docs/research/ECCPHP.pdf>.

BLAS, E. *et al.* - Intersectoral planning for health and health equity. In: SCHMETS, G; RAJAN, D.; KADANDALE, S., ed. lit. - Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization, 2016.

BOLSONE, O. J. *et al.* - A saúde como estratégia de desenvolvimento local. **Revista Portuguesa de Estudos Regionais**. 19 (2008) 133-144.

BORJA, J.; CASTELLS, M. - The local and the global: management of the cities in the information age. London: Earthscan Publications, 1997.

BRANCO, A.; RAMOS, V. - Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático : 2 (2001) 5-12.

BREMNER, J. - The complexities of decentralization. **Euro Observer**. 13 : 1 (2011) 1-4.

BRESLOW, L. - From disease prevention to health promotion. **JAMA**. 281 : 11 (1999) 1030-1033.

BRETON, M. *et al.* - Integrating public health into local healthcare governance in Quebec: challenges in combining population and organization perspectives. **Healthcare Policy**. 4 : 3 (2009) 159-178.

BRISSOS, M. A. - Avaliação do plano de saúde da região do Alentejo. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de estudos e Planeamento da Saúde, 1996.

BRISSOS, M. A. – O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao setor da saúde. **Revista Portuguesa de saúde Pública**. 22 : 1 (2004) 43-55.

BRITO, I. - Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endémica. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2007. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem.

BROWN, D. J. - Using Surveys in Language Programs. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

BULMER, M. – Questionnaires. In: BULMER, M. - Social Science Research Methods. London: Sage Publications, 2004.

BURKE, W.; LITWIN, G. - A causal model of organizational performance and change. **Journal of Management**. 18 (1992) 523-545.

BURNES, B. - Emergent change and planned change: competitors or allies?. **International Journal of Operations & Production Management**. 24 : 9 (2004) 886-902.

BURNES, B. - No such thing as... a "one best way" to manage organizational change. **Management Decision**. 34 : 10 (1996) 11-18.

BUTTERFOSS, F.; DUNNET, D. - State Plan Index: a tool for assessing the quality of state public health plans. **Preventing Chronic Diseases**. 2 : 2 (2005) 1-10.

CADDY, S.; DANMILLER, K. - Whole Systems Transformation. San Francisco: Pfeiffer, 2005.

CAMPOS, A.- Reformas da saúde: o fio condutor. Coimbra: 2008.

CAMPOS, A.; SIMÕES, J. - 40 anos de Abril na saúde. Coimbra: Livraria Almedina, 2014.

CAMPOS, A.; SIMÕES, J.- O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Livraria Almedina, 2011.

CARMO, H.; FERREIRA, M. – Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CASTELLS, M. - A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CDC - *Framework for Program Evaluation in Public Health*. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. 48 : 11 (1999) 1-40.

CHATORA, R.; TUMUSIIME, P. - Planning and implementation of district health services. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2004.

CHRISTENSEN, C. - The innovators dilemma: when new technologies cause great firms to fail. Boston, MA: Harvard Business Review, 1997.

COLIN, C. - La santé publique au Québec à l'aube du XXe siècle. **Santé Publique**. 16 (2004) 185–95.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. - Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. – Politiques et stratégies en faveur de légalité devant la santé. Copenhague : Bureau Régional de l'Europe. OMS, 1991.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. Diário da República. 109. Iª Série-A (2006-06-06) 3856 - 3865 - Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

DECRETO-LEI n.º 124/2011. Diário da República. 249. Iª Série. (2011-12-29) 5491 - 5498 – Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI n.º 157/99. Diário da República. 108. Iª Série-A (1999-05-10) 2424 - 2435 - Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

DECRETO-LEI n.º 28/2008. Diário da República. 38. Iª Série (2008-02-22) 1182 - 1189 - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 335/93. Diário da República. 229. Iª Série-A (1993-09-29) 6434 - 6436 - Aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.

DEFARGES, Philippe Moreau – La gouvernance. Paris: Puf, 2011.

DESPACHO n.º 22 250/2005. IIª Série. (2005-10-25) 16258 - 16258 – Define as competências do grupo de trabalho criado pelo despacho n.º 22 250/2005 e composto por representantes das administrações regionais de saúde, da Unidade de Missão dos Hospitais SA e do Instituto de Gestão Informática e Financeira, com a finalidade de, numa primeira fase, garantir a execução das normas previstas nas sucessivas fases do processo de estabelecimento dos contratos-programa dos hospitais do setor público administrativo (SPA) e hospitais sociedades anónimas (SA).

DESPACHO n.º 6401/2016. Diário da República. 94. IIª Série. (2016-05-16) 15239 - 15239 - Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários em várias áreas da saúde.

DETELS, R. *et al.* - Oxford textbook of global public health: the scope of public health. 6<sup>th</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press, 2015.

DETELS, R.; BRESLOW, L. – Current scope and concerns in public health. In: DETELS, R. *et al.* ed. lit. – Oxford textbook of public health. Vol. 1. The scope of public health. 4<sup>th</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press, 2002. 3-20.

DIAS, C. - Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos: epidemiologia, potencial de prevenção e adequação para promover a efetividade da administração em Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011. Dissertação elaborada no âmbito do Doutoramento em Saúde Pública ministrado pela ENSP.UNL.

DODGSON, R.; LEE, K.; DRAGER, N. - Global health governance: a conceptual review. Geneva: Centre on Global Change and Health. London School of Hygiene & Tropical Medicine. Department of Health and Environment. World Health Organization, 2002.

DONABEDIAN, A. - Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. - The Criteria and Standards of Quality. Health Administration Press, 1982.

DONABEDIAN, A. -The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Health Administration Press, 1985.

DONALDSON, M.S. – Nutrition and cancer: a review of the evidence for an anti-cancer diet. **Nutrition Journal**. 3 (2004) 19.

DUHL, J.; SANCHEZ, A- Healthy cities and the city planning process: a background document on links between health and urban planning. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.

DURÁN, H. – Planeamento da saúde: aspetos conceituais e operativos. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1989.

ECO, H. – Como se faz uma tese em ciências humanas. 13ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2007.

ECONOMOU, C. *et al.* -The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. [Em linha]. Copenhagen: World Health Organization. Regional office for Europe, 2014. [Consult. 4.12.2017]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)

ELIAS, C. *et al.* - Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas**. 8 :1 (2012) 48-53.

ETZIONI, A. – Mixed scanning: a third approach to decision making. **Public Administrative Review**. 27 (1967) 385-392.

EUROPEAN COMMISSION - Treaty on European Union: Maastricht text: Article 129: Public Health. **Official Journal of the European Union**. C 191/1 (1992).

EUROPEAN COMMISSION -Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Related Acts: Article 152: Public Health. **Official Journal of the European Union**. C 340/1 (1997).

EUSÉBIO, R. - Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2011. Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado de Saúde

Pública, ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

FERNANDES, A. - Combinação Público-Privado em Saúde: impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português. [Em Linha]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, 2015. Tese de Doutoramento.

FERREIRA, P.; RAPOSO, V. - A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 22 (2006) 285-296.

FIELDLER, F. - Contingency theory of leadership. In: MINER, J. - Essential theories of motivation and leadership. New York, NY: M.E. Sharp, 2005.

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R.; JACUBOWSKI, E. - European Observatory of Health Systems: purchasing to improve health systems performance. New York; NY: McGraw-Hill International, 2005.

FORTIN, M. F. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009.

FREEMAN, R. - The politics of health in Europe. Manchester: Manchester University Press, 2000.

FREIRE, A. - Estratégia: sucesso em Portugal. Lisboa: Editorial Verbo, 1997.

FUERTH, L.S. - Foresight and anticipatory governance. **Foresight**. 11 : 4 (2009) 14–32.

GARCÍA-ARMESTO, S. *et al.* - Health system review. **Health Systems in Transition**. 12 : 4 (2010) 1–295.

GITTINS, N.; STANDISH, S. - Planning and implementing change in healthcare: a practical guide for managers and clinicians. London: HLSP Institute, 2010.

GLOUBERMAN, S. *et al.* - A toolbox for improving health in cities. Ottawa: Caledon Institute for Social Policy, 2003.

GLOUBERMAN, S.; MILLAR, J. - Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. **American Journal of Public Health**. 93 (2003) 388–392.

GOLD, M.; STEVENSON, D.; FRYBACK, D. - HALYs and QALYs and DALYs, Oh my: similarities and differences in summary measures of population health. **Annual Review of Public Health**. 23 (May 2002) 115-134.

GONÇALVES, I. *et al.* - Cuidados de saúde primários em Portugal, reformar para novos sucessos. Lisboa: Padrões Culturais, 2008.

GONÇALVES, V. - Un enfoque de metaplanification al sistema de planificacion empresarial. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1986.

GOODWIN, N. - Leadership in public health. In: GRIFFITH, S.; HUNTER, D. J., ed. lit. - New perspectives in public health. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Radcliffe Publishing, 2007. 330–337.

GRAHAM, J.; AMOS, B.; PLUMPTRE, T. - Principles of good governance in the 21st century. Ottawa: Institute on Governance, 2003.

GRAWITZ, M.- Méthodes des sciences sociales. 9<sup>ème</sup> ed. Paris: Précis Dalloz, 1993.

GREEN, A. - An introduction to health planning for developing health systems. New York, NY: Oxford University Press, 2007.

GREEN, L. W. – Health education's contribution to public health in the twentieth century: a glimpse through health promotion 's rear-view . Annual Review Public Health. 20 (1999)67-88.

GREEN, L. W. – National policy in the promotion of health. **International Journal of Health Education**. 22 (1980) 161-168.

GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. - Health promotion planning an educational and environmental approach. 2<sup>nd</sup> ed. Canada: Mayfield Publishing Company, 1991.

GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. - Health program planning: an educational and ecological approach. 4<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw-Hill, 2005.

GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Acontecimento extraordinário: relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde, 2009. [Consult. 17.2.2016]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/ACONTECIMENTO-EXTRAORDINÁRIO-Relatório-GCRCSP-Fev-2009.pdf>.

- GUERRA, I. - Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentido e formas de uso. Estoril: Principia Editora, 2006.
- HAMLIN, C. - Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain 1800–1854. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- HAMLIN, C. – The history and development of public health in developed countries. In: DETELS, R. *et al.*, ed. lit. – Oxford textbook of public health. 4<sup>th</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press, 2002.
- HANCOCK, T.; DUHL, L- Promoting health in urban context. Copenhagen: FADL, 1988.
- HARRISSON, J.; CARON, H. – Foundations of strategic management. Georgetown, TX: SouthWestern Language Learning, 2010.
- HAYES, J. -Theory and practice of change management. Basingstoke: Palgrave, 2002.
- HILL, M.; HILL, A. - Investigação por questionário. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- HOEIJMAKERS, M. *et al.* - Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. **Health Promotion International**. 22: 2 (June 2007) 112-121.
- HOLLAND, W. - **Overview of policies and strategies**. In: DETELS, R. *et al.*, ed. lit. – Oxford textbook of public health. 4<sup>th</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press, 2002.
- HOOGHE, L.; MARKS, G. - Unravelling the central state, but how? Types of multi-level governance. **American Political Science Review**. 97 (2003) 233–243.
- HYMAN, H. - Health Planning. A Systematic Approach. 2<sup>nd</sup> ed. London: Aspen, 1982.
- ILES, V.; SUTHERLAND, K. - Organisational change: a review for health care managers, professionals and researchers. London: NHS Service Delivery and Organisation R&D, 2001.
- IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. - Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: ENSP, 1993. (Obras Avulsas;2).

JAVANPARAST, S. *et al.* - Change management in an environment of ongoing primary health care system reform: a case study of Australian primary health care services. **International Journal of Health Planning and Management**. 33 : 1 (2018) 76-88.

KAISER, S.; MACKENBACH, J. - Public health in eight European countries: an international comparison of terminology. **Public Health**. 122 : 2 (2008) 211–216.

KAVANAGH, S.; CHADWICK, K. - Health needs assessment. London: National Institute for Clinical Excellence, 2005.

KICKBUSCH ; I.; GLEICHER, D. - Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, 2012.

KICKBUSCH, I. - Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK, 2005.

KICKBUSCH, I.; BUCKETT, K. , ed. lit. - Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide: Department of Health. Government of South Australia, 2010.

KICKBUSCH; I.; GLEICHER, D., ed. lit. - Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

KOTTER, J. P. - Leading change. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996.

KOTTER, J. P. - Leading change: why transformation efforts fail. **Harvard Business Review**. 73 (1995) 59–67.

KOTTER, J. P.; SCHLESINGER, L. A. - Choosing strategies for change. **Harvard Business Review**. 57 : 2 (1979) 106.

KOTTER, J.; SCHLESINGER, L. - Choosing strategies for change. **Harvard Business Review**. 57 (1979) 106-114.

LALONDE, M. - A new perspective on the health of Canadians: a working document. [Em linha]. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, 1974. [Consult. 20-09-2015]. Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf).

LAST, J.M. – A dictionary of epidemiology. New York, NY: Oxford University Press, 2001.

LAST, J.M. – A dictionary of public health. New York, NY: Oxford University Press, 2010.

LAUGHLIN, S.; WILKINSON, D. - Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 1999.

LE GALÉS, P. – Gouvernance. In: BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S.; REVINET, P. – Dictionnaire des politiques publiques. Paris: Presses de Sciences Po, 2010.

LEI n.º 159/99. Diário da República. 215. 1ª Série-A (1999-09-14) 2441 - 2443 - Estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais.

LEI n.º 25/2015 - Diário da República. 62. 1ª Série (2015-03-30) 1716 - 1716 - Primeira alteração à Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, que estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico.

LEI n.º 42/2016 - Diário da República. 248. 1ª Série (2016-12-28) 4875 - 5107 - Orçamento do Estado para 2017.

LEI n.º 48/90. Diário da República. 195. 1ª Série (24.08.1990) 3452 – 3459 - Lei de Bases da Saúde.

LEI n.º 56/2012 - Diário da República. 216. 1ª Série (2012-11-08) 6454 - 6460 - Reorganização administrativa de Lisboa.

LEI n.º 56/79. Diário da República. 214. 1ª Série. (15.09.1979) 2357 - 2363 – Cria o Serviço Nacional de Saúde.

LEI n.º 69/2015 - Diário da República. 137. 1ª Série (2015-07-16) 4859 - 4863 - Segunda alteração às Leis n.os 50/2012, de 31 de agosto, 73/2013, de 3 de setembro, e 75/2013, de 12 de setembro, e primeira alteração à Lei n.º 53/2014, de 25 de agosto, e ao Decreto-Lei n.º 92/2014, de 20 de junho, introduzindo clarificações nos respetivos regimes.

LEI n.º 75/2013. Diário da República. 176. 1ª Série (2013-09-12) 5688 -5724 - Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades

intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico.

LEI n.º 7-A/2016 - Diário da República. 62. 1ª Série - 1º Suplemento (2016-03-30) 1096-(2) a 1096-(244) - Orçamento do Estado para 2016.

LEI n.º 81/2009. Diário da República. 162. 1ª Série (2009-08-21) 5491 - 5495 - Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou de calamidade pública.

LEI n.º 85/2015 - Diário da República. 153. 1ª Série (2015-08-07) 5476 - 5477 - Primeira alteração à Lei n.º 56/2012, de 8 de novembro, que estabelece a reorganização administrativa de Lisboa.

LEPPO, K. *et al.*, ed. lit. - Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2013.

LÉVESQUE, J.F.; BERGERON, P. - De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. **Rupture**. 9 : 2 (2003) 73–89.

LEWIN, K. - Field theory in social science. New York, NY: Harper & Row, 1951.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. - Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. - O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2006. p. 169-192.

LORENZ, E.N. - The essence of chaos. Seattle: University of Washington Press, 1995.

LOUREIRO, I. - Disseminating the national network in Portugal. **Network News: the European Network of Health Promoting Schools**. 5 (1999) 13.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.; BARBOSA, A. - Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012. [Consult. 20-09-2015]. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014\\_11\\_ordenamentoterritorio.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_11_ordenamentoterritorio.pdf).

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – Promover a saúde: dos fundamentos à ação. Coimbra: Edições Almedina, 2010.

LOUREIRO, I; MIRANDA, N. – Promover a saúde: dos fundamentos à ação. 2ª ed. revista e actualizada. Coimbra: Edições Almedina, 2016.

MACARTHUR, I. - Local environmental health planning: guidance for local and national authorities. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2002. (European Series; 95).

MARTINS, A. - Gestão da mudança na saúde: da revisão à ação. Lisboa: ISCTE Business School. Instituto Universitário de Lisboa, 2012. Projecto de Mestrado em Gestão.

MCAULIFFE, E.; VAERENBERGH, C. - Guiding Change in the Irish Health System. Dublin: Health Service Executive, 2006.

McNAMARA, C. - Basic guide to program evaluation: including outcomes evaluation. [Em linha]. Minneapolis, MI: Authenticity Consulting, 1998. Adapted from the Field Guide to Nonprofit Program Design, Marketing and Evaluation, 5<sup>th</sup> ed. 1997. [Consult. 20-09-2015]. Disponível em [http://www.managementhelp.org/evaluatn/fnl\\_eval.htm](http://www.managementhelp.org/evaluatn/fnl_eval.htm).

McQUEEN, D. *et al.*, ed. lit. - Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. Copenhagen: World Health Organization, 2012.

MILSTEIN, R. *et al.* - *Framework* for program evaluation in public health. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. 48 (September 1999) 1-40.

MINTZBERG H. - Mintzberg on management. New York, NY: The Free Press, 1989.

MINTZBERG, A.; FREDICKISON, J. - Perspectives on strategic management. New York, NY: Harper Management, 1990.

MINTZBERG, H. - Managing the myths of health care. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers, 2017.

MINTZBERG, H. - The rise and fall of strategic planning: reconceiving roles for planning, plans. New York, NY: The Free Press, 1994.

MINTZBERG, H. – The strategy concept: Part I: five P's for strategy. **California Management Review**. 30 : 1 (1987) 11-24.

MINTZBERG, H. - Tracking strategies...toward a general theory. Oxford: Oxford University Press, 2007.

MINTZBERG, H. *et al.* – The strategy process: concepts, contexts, cases. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, 2003.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. - Strategy safari: a guided tour through the jungles of strategic management. London: Prentice-Hall, 1998.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J. – Reflexão sobre o processo estratégico. **Revista Portuguesa de Gestão**. (Primavera 2000) 24-34.

MINTZBERG, H.; WESTLEY, F. – Tomada de decisões: não é bem o que se pensa. **Revista Portuguesa de Gestão**. (Abri/Mai/Jun 2001) 13-18.

REPULLO, J. - Planes de salud y planificacion en españa durante la decada de los 90: caracterización de la crisis y perspectivas. Madrid: Departamento de Salud Publica Y Medicina Preventiva. Universidad Autonoma de Madrid, 1999. Tese de doutoramento.

MS. ACS. - Fórum nacional de saúde: implementação do Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2007.

MSUYA, J. - Horizontal and Vertical delivery of health services: what are the trade offs?. [Em linha]. Washington, DC: The World Bank, 2005. [Consult. 20.09.2015]. Disponível em:  
[http://documents.worldbank.org/curated/pt/914491468761944686/310436360\\_200502761000211/additional/269420Msuya1WDR1Background1paper.pdf](http://documents.worldbank.org/curated/pt/914491468761944686/310436360_200502761000211/additional/269420Msuya1WDR1Background1paper.pdf)

NACCHO - Community health assessment & improvement processes. Washington, DC: National Association of County and City Health Officials, 2009.

NACCHO. CDC - A strategic approach to health community improvement: mobilizing for action through planning and partnerships: field guide. Washington, DC: National Association of County and City Health Officials. Centers for Disease Control, 2009.

NEVES, J. - O crescimento económico português no pós-guerra: um quadro global. **Análise Social**. 128 (1994) 1005-1034.

NICHOLS, A., *et al.* - Health, climate change and sustainability: a systematic review and thematic analysis of the literature. **Environmental Health Insights**. 3 (2009) 63–88.

NOLTE, E.; KNAI, C.; SALTMAN, R. - Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches. Geneva: World Health Organization, 2014.

OBERLE, M.; BAKER, E.; MAGENHEIM, M. – Healthy people 2000 and community health planning. **Annual Review of Public Health**. 15 (1994)259-75.

OLLAIK, L.; ZILLER, H. - Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**. 1: 38 (2012) 229-241.

OLIVEIRA-CRUZ, V.; KUROWSKI, C.; MILLS, A. - Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. **Journal of International Development**. 15 (2003) 67–86.

OMS - Perfis de saúde das cidades: como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade. Copenhaga : Gabinete Regional para a Europa. OMS, 1995. Edição portuguesa 1996.

OPSS - 10 anos de OPSS: 30 anos de SNS: razões para continuar: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009.

OPSS - Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015.

OPSS - Conhecer os caminhos da saúde: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001.

OPSS - Crise & Saúde - Um país em sofrimento: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012.

OPSS – Duas faces da saúde: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013.

OPSS - Incertezas: gestão da mudança na saúde: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004.

OPSS - Novo serviço público de saúde: novos desafios: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.

OPSS - O estado da saúde e a saúde do Estado: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2002.

OPSS - Saúde: que ruturas? : relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.

OPSS - Saúde: síndrome de negação: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2014.

OPSS - Sistema de saúde português: riscos e incertezas: relatório da Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008.

OPSS - Um ano de governação em saúde: sentidos e significados: relatório da Primavera 2006. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Mar da Palavra, 2006.

PALLANT, J. - Health Needs Assessment Toolkit. [Em linha]. London: Mid Hampshire Primary Care Trust, 2002. [Consult. 30.03.2015]. Disponível em: <https://dlfp.in.th/upload/forum/healthneedtoolkit.pdf>

PARCELL, G.; COLLISION, C. - No more consultants: we know more than we think. New York, NY: Wiley, 2009.

PATTON, M. - Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

PETTERSSON, B. - Intersectoral action for health: how can it happen? : crossing sectors: dialogue on intersectoral action. [Em linha]. Vancouver: World Health Organization, 2007. [Consul. 1.02.2015]. Disponível em: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/dialogue\\_report\\_intersectoral\\_action.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/dialogue_report_intersectoral_action.pdf).

PETTIGREW, A.; WHIPP, R. - Managing change for competitive success. Oxford: Blackwell Publishing, 1991.

PICKSTONE, J. - Medicine, society and the state. In: PORTER, R., ed. lit. - The Cambridge illustrated history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. 304-341.

PINEAULT R. - Comprendre le système de santé pour mieux le gérer. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.

PINEAULT R.; DAVELUY, C. - La planification de la santé. Montréal: Éditions Nouvelles, 1995.

PINEAULT, R. ; LESSARD, R. - Le Système de santé du Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé ? **L'Union Médicale du Canada**. 113 (1984) 750–55.

PLOCHG, T. *et al.* - Local health systems in 21st century: who cares? : an exploratory study on health system governance in Amsterdam. **European Journal of Public Health**. 16 : 5 (October 2006) 559–564.

PLSEK, P.; GREENHALGH, T. – The challenge of complexity in health care. **The British Medical Journal**. 323 (2001) 625-628.

PORTUGAL. MS - Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. MS. ACSS - Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, 2016. [Consult. 15.10.2016]. Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metod\\_Contrat-CSP-2016-vfinal.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metod_Contrat-CSP-2016-vfinal.pdf).

PORTUGAL. MS. ARSLVT - Perfil de Saúde e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Vol I. Lisboa: Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de lisboa e Vale do Tejo, 2015.

PORTUGAL. MS. ARSNORTE. DSP - Planos Locais de Saúde: termos de referência para a sua construção: Parte I e II. [Em linha]. Porto: Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte. Departamento de Saúde Pública, 2011. [Consult. 15.10.2016]. Disponível em: <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Not%C3%ADcias/Planos%20Locais%20de%20Sa%C3%BAde>.

PORTUGAL. MS. ARSNORTE. DSP – Relatório de avaliação intercalar dos planos locais de saúde. [Em linha]. Porto: Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte. Departamento de Saúde Pública, 2016. [Consult. 02.2.2017]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20Conteudos/Planeamento/PLS\\_Relatorio\\_AvIntercalar\\_16\\_03\\_2016.pdf](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20Conteudos/Planeamento/PLS_Relatorio_AvIntercalar_16_03_2016.pdf).

PORTUGAL. MS. DGS – Análise dos planos locais saúde. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2016a. [Consult. 4.12.2017]. Disponível em:

[file:///C:/Users/ana\\_s/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/i022381.pdf](file:///C:/Users/ana_s/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/i022381.pdf)

PORTUGAL. MS. DGS - Manual orientador dos Planos Locais de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2016. [Consult. 10.07.2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>.

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2004. [Consult. 8.03.2015]. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_335.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_335.html).

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.04.2013]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.

PORTUGAL. MS. DGS - Plano Nacional de Saúde 2012-2016: roteiro estratégico para a implementação do PNS. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2013.

PORTUGAL. MS. DGS - Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde: resenha dos planos de saúde: nacional, regionais, locais: edição 2016. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2016b.

PORTUGAL. MS. DGS - Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde: resenha dos planos de saúde: nacional, regionais, locais: edição 2015. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015b.

PORTUGAL. MS. DGS - Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015a. [Consult. 18.07.2017]. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>.

QUINN, J. B. – Strategies for change: logic incrementalism. Homewood, IL: Richard D. Irwin, 1980.

RANTALA, R.; BORTZ, M.; ARMADA, F. - Intersectoral action: local governments promoting health. **Health Promotion International**. 29 : 1(June 2014) i92–i102.

RAPLEY, T. - Doing Conversation, Discourse and Document Analysis. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

RECHEL, B.; MCKEE, M., ed. lit. - Facets of public health in Europe. London: Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2014.

REPULLO, J.R; OTERO, A. - Planes de salud: sueño, espejismo o Némesis. **Gaceta Sanitaria**. 13 : 6 (1999) 474-477.

RITSATAKIS, A. *et al.*, ed. lit. - Exploring health policy development in Europe. Copenhagen: World Health Organization, 2005.

ROGERS, E. M. – Diffusion of innovation. 4<sup>th</sup> ed. New York: Simon and Schuster, 1999.

ROHRER, K. - Strategizing for health at sub-national level. In: SCHMETS, G.; RAJAN, D.; KADANDALE, S., ed. lit. - Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization, 2016.

ROWITZ, L. - Public health leadership: putting principles into practice. 2<sup>nd</sup> ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett, 2009.

RPCS - Plano estratégico para o desenvolvimento da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. [Em linha]. Lisboa: Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2003. [Consult. 10.05.2016]. Disponível em: [http://redemunicipiossaudaveis.com/files/publicacoes/plano\\_estrategico.pdf](http://redemunicipiossaudaveis.com/files/publicacoes/plano_estrategico.pdf).

RUDOLPH, L. *et al.* - Health in all policies: a guide for state and local governments. Washington, DC: American Public Health Association, 2013.

SAKELLARIDES, C. - Direcção estratégica e gestão de expetativas no sistema de saúde português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 18 : 1 (Junho 2000) 27-34.

SAKELLARIDES, C. - O novo contrato social da saúde: incluir as pessoas. Lisboa: Saúde e Sociedade, 2010.

SAKELLARIDES, C.- Em foco: quer o país uma Escola de Saúde Pública? **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Nº especial 25 anos (2009) 69-78.

SAKELLARIDES, C. *et al.* - O futuro do sistema de saúde português: Saúde 2015: Observatório do QCA III. [Em linha] Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2006. [Consult. 14-11-2014]. Disponível em: <http://www.observatorio.pt/download.php?id=86>.

SALTMAN, R.B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K., ed. lit. - Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: Open University Press, 2007.

SANTANA, P. - A saúde dos portugueses. In: CAMPOS, A.; SIMÕES, J. - 40 anos de Abril na Saúde. Coimbra: Livraria Almedina, 2014.

SANTOS, A. *et al.* - Análise especializada: estratégias locais de saúde. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 11-11-2015]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/ELS.pdf>

SANTOS, A. J.- Gestão estratégica: conceitos, modelos e Instrumentos. Lisboa: Escolar Editora, 2008.

SCHMETS, G. *et al.* - Introduction: strategizing national health in the 21st century. In: SCHMETS, G.; RAJAN, D.; KADANDALE, S., ed. lit. - Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization, 2016.

SCHMETS, G.; RAJAN, D.; KADANDALE, S., ed. lit. - Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization, 2016.

SENA, C.; FERRINHO, P.; MIGUEL, J.P. - Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 24 (2006) 5-20.

SHALOWITZ, M.U. *et al.* - Community-based participatory research: a review of the literature with strategies for community engagement. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**. 30 : 4 (August 2009) 350-361.

SIMÕES, J. - Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: das ideologia ao desempenho. Coimbra: Edições Almedina, 2005.

SIMÕES, J. *et al.*, ed. lit. - Portugal: health system review. **Health Systems in Transition**. 19 : 2 (2017) 1-201.

SIMÕES, J.; FERRINHO, P. - Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. *Anais Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. 16 : 1 (2017) S17 - S23.

SIMONET, D. - The new public management theory and European health-care reforms. **Canadian Public Administration**. 51 : 4 (December 2008) 617–635.

SINGH, D. - Community based team can transform mental health services. **British Medical Journal**. 328 (2004) 790.

SMITH, P.; BUSSE, R. - Learning from the European experience of using targets to improve population health. **Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy**. 7 : 5 (2010) A102.

SOUSA, P. - O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**. 22 : Especial 70 anos (2009) 884-894.

SPRADLEY, J. - Participant observation. Boston, MA: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

SRIDHARANA, S. *et al.* - Analysis of strategic plans to assess planning for sustainability of comprehensive community initiatives. **Evaluation and Program Planning**. 30 : 1 (2007) 105-113.

SRIVASTAVA, D.; MCKEE, M. -The emergence of health targets: some basic principles. In: WISMAR, M. *et al.*, ed. lit. - Health targets in Europe: learning from experience. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

STAHL, T. *et al.*, ed. lit. - Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

SWANSON, D.; BHADWAL, S. - Creating adaptive policies: a guide for policy-making in an uncertain world. New Delhi: Sage Publications, 2009.

TAVARES, A. – A gestão dos resíduos hospitalares e o papel da autoridade de saúde: caso do concelho da amadora. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2004. Dissertação elaborada no âmbito do Doutoramento em Saúde Pública ministrado pela ENSP.UNL.

TAVARES, A. – Metodologia previsional para o nível nacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7:3 (1989) 17- 26.

TAVARES, A. - Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde, 1992.

TAVARES, A. – Plano de saúde da cidade da Amadora: 1998-2002. Amadora: Gabinete técnico do projecto das cidades saudáveis, 1998.

TEIXEIRA, S. - Gestão das organizações. 2ª ed. Madrid: McGraw Hill, 2005.

TEIXEIRA, S. - Gestão estratégica. Lisboa: Escolar Editora, 2011.

TOMSON, G. - The impact of global processes on health systems in Europe.[Em linha]. Geneva: Global Health Europe, 2010. (Research Paper; 2). [Consult. 24.05.2016]. Disponível em: [http://www.globalhealtheurope.org/images/stories/researchpaper\\_02\\_v3\\_web.pdf](http://www.globalhealtheurope.org/images/stories/researchpaper_02_v3_web.pdf).

TOMSON, G.; PÅFS, J.; ANDERS, D. - The challenges of multilevel governance: the impact of global and regional processes on health and health systems in Europe. In: KICKBUSCH, I.; GLEICHER, D., ed. lit. - Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

TULCHINSKY, T.; VARAVIKOVA, E. - A History of Public Health. In: TULCHINSKY, T.; VARAVIKOVA, E. - The New Public Health. 3<sup>th</sup> Ed. San Diego: Academic Press, 2014. 1-42.

TURNER, D.; HALEY, H.; HALLENCREUTZ, J. -Towards a global definition of best practice in change management. **The International Journal of Knowledge, Culture & Change Management**. 9 : 8 (2009) 185-190.

TURNER, D.; HALLENCREUTZ, J. E.; HALEY, H. - Leveraging the value of an organizational change management methodology, **The International Journal of Knowledge, Culture & Change Management**. 9: 9 (2009) 25-34.

UK. SECRETARY OF STATE FOR HEALTH - Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England. London: Secretary of State for Health 2010.

UN. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS - World Economic and Social Survey 2017: Reflecting on seventy years of development policy analysis. [Em linha]. New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs, 2017. Consult. 4.12.2017]. Disponível em: <http://socialprotection-humanrights.org/resource/world-economic-social-survey-2017-reflecting-seventy-years-development-policy-analysis/>

UNDP - Good governance and sustainable human development: a UNDP policy document. [Em linha]. New York, NY: United Nations Development Programme, 1997. [Consult. 24.05.2017]. Disponível em: <http://mirror.undp.org/magnet/policy/chapter1.html>.

US. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - Planned approach to community health: guide for the local coordinator. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. US Department of Health and Human Services, 2009.

US. FEDERAL INTERAGENCY WORKGROUP - Healthy People 2020 *framework*. [Em linha]. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, 2010. [Consult. 25.03.2015] Disponível em: <http://www.healthypeople.gov/2020/consortium/HP2020Framework.pdf>.

USA. UNIVERSITY OF MINNESOTA. CARLSON SCHOOL OF MANAGEMENT. CENTER FOR THE STUDY OF HEALTHCARE MANAGEMENT – Applying complexity science to health and healthcare. Ann Minneapolis, MN: Center for the Study of Health Care Management, 2003. (Publication series; 3).

VÄYRYNEN, R. ed. lit. - Globalization and global governance. New York, NY: Rowman & Littlefield Publishers, 1999.

VOSGERAU, D; ROMANOWSKI, J. -Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. Revista Diálogo Educacional. 14: 41 (jan/abr 2014) 165-189.

WALKINSHAW, L. *et al.* - Process evaluation of a regional public health model to reduce chronic disease through policy and systems changes, Washington State, 2010-2014. **Preventing Chronic Disease**. 19 (March 2015) 12:E37.

WEIL, O.; MCKEE, M. - Setting priorities for health in Europe: are we speaking the same language? **European Journal of Public Health**. 8 (1998) 256–258.

WHO - A *framework* for national health policies, strategies and plans. Geneva: World Health organization, 2010a.

WHO - Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization, 1978.

WHO - European action plan for strengthening public health capacities and services. [Em linha]. Malta: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2012a. [Consult. 10.10.2016]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1).

WHO - Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization, 1981.

WHO - Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2004.

WHO - Health 2020: a European policy *framework* supporting action across government and society for health and well-being. [Em linha]. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2012b. [Consult. 10.11.2015]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>.

WHO - Health promotion santé: Charté d'Ottawa. Geneva: World Health Organization, 1986.

WHO - HEALTH21: The health for all policy *framework* for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999a. (European Series; 6).

WHO - Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2005. [Consult. 23.5.2016]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/seventh-futures-forum-on-unpopular-decisions-in-public-health>

WHO - Targets for health for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.

WHO - The changing role of public health in the European Region. EUR/RC 49/10 and EUR/RC 49/Conf. Doc. /6 Appendix 1. Geneva: World Health Organization, 1999b.

WHO - The Portuguese National Health Plan 2012-2016. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. [Consult. 10.11.2015]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wengine.netdna-cdn.com/files/2015/07/2015\\_OMS\\_Interim-Report-on-the-National-Health-Plan\\_revision-and-extension-to.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wengine.netdna-cdn.com/files/2015/07/2015_OMS_Interim-Report-on-the-National-Health-Plan_revision-and-extension-to.pdf).

WHO - The Portuguese National Health Plan: interim report on the National Health Plan: revision and extension to 2020: comments from WHO Europe. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. [Consult. 10.11.2015]. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2015/07/2015\\_OMS\\_Interim-Report-on-the-National-Health-Plan\\_revision-andextension-to.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2015/07/2015_OMS_Interim-Report-on-the-National-Health-Plan_revision-andextension-to.pdf).

WHO - The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. [Em linha]. Tallinn: World Health Organization, 2008. [Consult. 4.03.2016]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/conference-documents/the-tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>.

WHO - The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO - WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010b.

WHO. WORLD BANK GROUP - Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: *framework*, measures and targets. [Em linha]. Geneva: World Health Organization. International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 2014. [Consult. 20-09-2015]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?sequence=1).

WILKINSON, G.; MARMOT, M., ed. lit. - Social determinants of health: the solid facts. 2<sup>nd</sup> ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003.

WILKINSON, G.; MARMOT, M., ed. lit. – The solid facts: social determinants of health. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1998.

WILLKE, H. - Smart governance: governing the global knowledge society. Frankfurt: Campus Verlag, 2007.

WISMAR, M. *et al.*, ed. lit. - Health targets in Europe: learning from experience. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

WISMAR, M.; BUSSE, R. - Outcome-related health targets: political strategies for better health outcomes: a conceptual and comparative study: part 2. **Health Policy**. 59 : 3 (2002) 223-241.

WISMAR, M.; ERNEST, K. - Health in all policies in Europe. [Em linha]. In: KICKBUSCH, I. BUCKETT, K. - Implementing health in all policies. Adelaide: Department of Health. Government of South Australia, 2010. [Consult. 25.03.2015] Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>

WORLD BANK - World development report 1993: investing in health. New York, NY: Oxford University Press, 1993.

YEBOAH, D. – A *framework* for place based health planning. **Australian Health Review**. 29: 1 (2005) 30-36.

YIN, R- Case study research: design and methods. London: Sage Publications, 1994.

YIN, R. – Case study research: design and methods. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.

YING, L. *et al.* - Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**. 9 : 181 (2009). doi: 10.1186/1472-6963-9-181

ZALETEL, J. *et al.* - National Diabetes Plans: can they support changes in health care systems to strengthen diabetes prevention and care? **Annali dell Istitue Superiore di Sanita**. 51 : 3 (2015) 206-8.

ZIGLIO, E.; HAGARD, S.; GRIFFITHS, J. - Health promotion development in Europe: achievements and challenges. **Health Promotion International** 15 : 2(2000) 143–154.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS UTILIZADOS**

#### **1.1 GUIÕES DE ENTREVISTAS**

Na totalidade dos estudos foram realizadas 18 entrevistas. Designadamente, 3 entrevistas de carácter exploratório (peritos e professores universitários no âmbito da temática) e 15 entrevistas semiestruturadas (elementos-chave no planeamento a nível nacional, regional e local). De acordo com o nível de planeamento, tipologia do perfil e âmbito da atividade profissional dos entrevistados, foram utilizados 4 guiões de entrevistas.

Antes da realização das entrevistas foi solicitada a autorização à comissão de ética das ARS e garantida a confidencialidade a todos os participantes, divulgando apenas o seu perfil).

##### **1.1.1 GUIÃO DE ENTREVISTA**

###### **– NÍVEL NACIONAL -**

1. Comente o modo como tem sido feito o planeamento em saúde em Portugal. Qual é a sua visão?
2. Como tem sido realizada a implementação e concretização do plano nacional de saúde aos diferentes níveis?  
(estratégia de implementação; compromisso político efetivo na sua concretização estruturas envolvidas; alocação de recursos; instrumentos de avaliação de resultados)
3. Como tem sido realizada a implementação e concretização dos programas de saúde prioritários?  
(estratégia de implementação; alocação de recursos e monitorização)
4. Identifique os principais constrangimentos e obstáculos à sua operacionalização, e as medidas/mecanismos mais relevantes para assegurar que a estratégia de saúde responda adequadamente às necessidades reais da população.
5. Qual é a sua perceção sobre o grau de concretização ou estágio de desenvolvimento do PNS/ programas de saúde prioritários ao nível regional e local?
6. Considera que o desenvolvimento de estratégias locais de saúde conduziria a melhores resultados em saúde?
7. Na sua perspetiva, quais são os fatores que podem facilitar o desenvolvimento de

estratégias locais de saúde?

8. Na sua perspetiva, quais são os fatores que podem dificultar o desenvolvimento de estratégias locais de saúde?

### **1.1.2 GUIÃO DA ENTREVISTA:**

#### **- NÍVEL REGIONAL -**

1. De que modo se tem procurado implementar o Plano Nacional de Saúde e os programas de saúde prioritários a nível regional?
2. Comente o estágio de desenvolvimento e implementação do plano regional de saúde.
3. Como foi pensada a articulação entre os planos regionais e os planos locais de saúde?
4. Quais são as conceções e instrumentos utilizados para o planeamento local de saúde dos ACES?
5. Como classifica o grau de desenvolvimento e implementação dos planos locais de saúde na região?
6. Na sua perspetiva, quais foram as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento e implementação do plano regional de saúde.
7. Na sua perspetiva, quais foram as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento e implementação dos planos locais de saúde na região.
8. Na sua perspetiva, quais são os fatores que facilitaram o desenvolvimento e implementação do plano regional de saúde?
9. Na sua perspetiva, quais são os fatores que facilitaram o desenvolvimento e implementação dos planos locais de saúde na região?

### **1.1.3 GUIÃO DA ENTREVISTA: NÍVEL LOCAL**

#### **DIRETORES EXECUTIVOS E PRESIDENTES DOS CONSELHOS CLÍNICOS E DE SAÚDE**

1. Comente a pertinência do processo de planeamento ao nível dos ACES.
2. Tem conhecimento que está a ser realizado um plano local de saúde no ACES?
3. Comente o estágio de elaboração e implementação do plano local de saúde do ACES.
4. De que forma a direção executiva/conselho clínico tem participado na elaboração e implementação do plano local de saúde do ACES?
5. Quais são os instrumentos utilizados no processo de planeamento dos ACES?
6. Na sua perspetiva, como é que o plano local de saúde se relaciona com os restantes instrumentos de gestão, organização e planeamento do ACES?
7. Como avalia o potencial do plano local de saúde enquanto instrumento para a melhoria da saúde da população?
8. De que forma se poderia fortalecer a representatividade e relevância do plano local de saúde no ACES?
9. Na sua perspetiva quais são os fatores que podem facilitar e dificultar a obtenção dos objetivos definidos no plano/estratégia local de saúde?
10. Sugestões para a melhoria do processo e resultados.

#### **1.1.4 GUIÃO DA ENTREVISTA NÍVEL LOCAL –**

#### **COORDENADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA E ELEMENTOS RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DOS PLANOS LOCAIS DE SAÚDE**

1. Como tem sido realizada a implementação/concretização do plano nacional de saúde ao nível local?  
(estratégia de implementação; estruturas envolvidas; alocação de recursos; instrumentos de avaliação de resultados)
2. Como tem sido realizada a implementação/concretização dos programas prioritários ao nível local?  
(estratégia de implementação; alocação de recursos e monitorização)
3. Comente os procedimentos de elaboração e implementação do plano local de saúde.
  - Ponto de partida (quem deu as orientações/ forma como foram dadas/ quem está a liderar o processo dentro do ACES e fora/envolvimento da direção executiva/conselho clínico/intervenientes);
  - Metodologia utilizada;
  - Diagnóstico de saúde
  - Identificação de prioridades em saúde;
  - Definição de objetivos/metas de saúde;
  - Desenvolvimento de projetos/atividades/ ações efetivas com vista à obtenção dos objetivos em saúde definidos;
  - Parcerias em saúde, com as instituições da comunidade;
  - Monitorização/avaliação das atividades /projetos de saúde de saúde em curso;
  - Divulgação e comunicação.
4. Como classifica o grau de desenvolvimento do plano local de saúde?  
(fontes de informação; envolvimento de outras estruturas)
5. Na sua opinião, que relação encontra entre a contratualização interna das unidades funcionais do ACES e os objetivos de saúde a nível local?
6. Identifique as principais dificuldades para o desenvolvimento do Plano e Estratégia local de saúde.
7. Identifique as iniciativas que na sua opinião poderiam contribuir para superar as dificuldades no desenvolvimento do plano e estratégia local de saúde.
8. Considera que o desenvolvimento de estratégias locais de saúde conduziria a melhores resultados em saúde?

## 2. GRELHAS DE ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS DE SAÚDE

### 2.1 GRELHA DE ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

Documentos estratégicos analisados	Componentes analisadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)</li> <li>• Plano Nacional de Saúde 2004-2010</li> <li>• Plano Nacional de Saúde 2012-2016</li> <li>• Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020</li> </ul>	• Horizonte temporal
	• Entidade responsável
	• Diagnóstico de situação
	• Envolvimento dos <i>stakeholders</i>
	• Objetivos e metas
	• Seleção da população e das estratégias para intervenção
	• Integração das estratégias com outros programas e implementação do plano
	• Recursos para a implementação
	• Avaliação e monitorização
	• Acessibilidade e comunicação do plano

Adaptado de: Butterfoss; Dunet, 2005.

### 2.2 GRELHA DE ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS LOCAIS DE SAÚDE

Documentos estratégicos analisados	Componentes analisadas
<p>25 planos locais de saúde com versão integral disponível, referentes ao período de vigência temporal entre 2011-2017, e com período de vigência inicial igual ou inferior ao ano de 2015.</p>	• Horizonte temporal
	• Entidade responsável
	• Diagnóstico de situação
	• Envolvimento dos <i>stakeholders</i>
	• Objetivos e metas
	• Seleção da população e das estratégias para intervenção
	• Integração das estratégias com outros programas e implementação do plano
	• Recursos para a implementação
	• Avaliação e monitorização
	• Acessibilidade e comunicação do plano

Adaptado de: Butterfoss; Dunet, 2005.

### 3.QUESTIONÁRIOS

#### 3.1. QUESTIONÁRIO: COORDENADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA DOS ACES/ULS

##### Planeamento em saúde: contributo para a elaboração de estratégias locais de saúde - Coordenadores USP

Título do estudo: Planeamento em saúde: contributo para a elaboração de estratégias locais de saúde.

Enquadramento: Este estudo enquadra-se no II Programa de Doutoramento em Saúde Pública ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

Explicação sucinta do estudo: Portugal tem uma tradição considerável no planeamento em saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento estratégico que visa o alinhamento das políticas de saúde, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde da população. O PNS estabelece a lógica para a identificação de ganhos em saúde, definição de objetivos e metas em saúde, bem como o enquadramento para o desenvolvimento dos programas prioritários de saúde, regionais, locais e setoriais (DGS, 2012).

Desde 2011, que temos vindo assistir a um movimento de elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde em diversos Agrupamentos de Centros de Saúde/ULS, em colaboração com os parceiros da comunidade. No entanto ainda não existe informação sistematizada disponível sobre os planos e estratégias locais de saúde existentes, a sua metodologia, o seu estágio de desenvolvimento e o seu grau de implementação.

Este estudo tem como finalidade analisar as perceções sobre o processo de planeamento local em saúde e os fatores que influenciam o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde.

Condições: Este estudo está autorizado pelas comissões de ética das Administrações Regionais de Saúde. A sua participação é totalmente voluntária e isenta de qualquer tipo de prejuízo, caso decida não participar ou desista do mesmo.

Confidencialidade e anonimato: As respostas são totalmente anónimas e confidenciais, não sendo possível relacionar as respostas obtidas com os endereços para onde foram enviados os questionários.

Ao preencher o questionário e após clicar no botão "submeter", na última página, está a concordar em participar no estudo e a autorizar a análise das respostas – anónimas e apenas acessíveis à doutoranda e equipa de orientação, sendo apenas utilizadas para os fins desta investigação.

Desde já, a investigadora agradece muito a sua disponibilidade e participação neste estudo.

Para qualquer esclarecimento de dúvidas não hesite em contactar a doutoranda Ana Isabel Santos, na Escola Nacional de Saúde Pública, através do telefone 217512100 ou através do e-mail [ai.santos@ensp.unl.pt](mailto:ai.santos@ensp.unl.pt).

## IDENTIFICAÇÃO

1. Por favor identifique se atualmente exerce funções de coordenador(a) de uma Unidade de Saúde Pública:

☐ Sim

☐ Não

2. Por favor identifique a Administração Regional de Saúde a que pertence:

☐ Norte

☐ Centro

☐ Lisboa e Vale do Tejo

☐ Alentejo

☐ Algarve

## PLANOS E ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

3. Como classifica o grau de desenvolvimento das seguintes atividades no seu ACES:

	1 (Inexistente)	2	3	4	5 (Muito desenvolvido)	Não sabe/ não responde
Identificação de problemas e necessidades de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinação de prioridades em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fixação de objetivos e metas de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existência de parcerias ativas com instituições da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seleção e definição de estratégias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementação de projetos, atividades e ações com vista à obtenção dos objetivos e metas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorização e avaliação das ações, atividades e projetos em curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. No âmbito do desempenho das suas funções, no último ano consultou algum dos seguintes documentos?

	1 (Nunca)	2 (Uma a duas vezes)	3 (Três a quatro vezes)	4 (Cinco ou mais)	Não sabe/não responde
Estratégia "Health 2020"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano Nacional de Saúde 2012-2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas de Saúde Prioritários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano Regional de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Como avalia a importância da elaboração de planos e estratégias de saúde de âmbito local nos ACES/ULS para a melhoria da saúde da população?

- ☐ 1 (Nada importante)  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5 (Muito importante)  
☐ Não sabe/ não responde

6. O ACES/ULS a que pertence elaborou um plano local de saúde?

- ☐ Não, ainda não se iniciou a sua elaboração.
- ☐ Não, está em fase de elaboração.
- ☐ Sim, mas ainda não foi publicado e divulgado.
- ☐ Sim, está divulgado e em fase de implementação.
- ☐ Não sabe/ não responde.

7. Quem tomou a iniciativa de elaborar o plano local de saúde?

(Pode assinalar mais que uma hipótese)

- ☐ Conselho Executivo
- ☐ Conselho Clínico e de Saúde
- ☐ Conselho da Comunidade
- ☐ Unidade de Saúde Pública
- ☐ Outro
- ☐ Não sabe/Não responde

Outro:

8. Classifique o grau de envolvimento e compromisso na elaboração do plano local de saúde dos seguintes elementos:

	1 (Nenhum)	2	3	4	5 (Muito envolvido)	Não sabe/ não responde
Conselho Executivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conselho Clínico e de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conselho da Comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidade de Saúde Pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras unidades funcionais do ACES/ULS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospital/s de referência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autarquia(s) da área de abrangência do ACES/ULS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras instituições da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Como classifica o grau de implementação e execução do plano local de saúde?

- ☐ 1 (Inexistente) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (Muito desenvolvido) ☐ Não sabe/não responde

10. O plano local de saúde tem uma equipa/s definida para a sua gestão e implementação?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não responde

11. Já foi realizada uma avaliação intercalar da implementação do plano local de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não responde

Se sim, em que ano?

12. Considera que os objetivos e metas definidos vão ser alcançados?

- ☐ Sim, na sua totalidade.
- ☐ Sim, na sua maioria.
- ☐ Sim, mas apenas uma pequena parte.
- ☐ Não, nenhuns.
- ☐ Não sabe/não responde.

Se não, porquê?

13. Classifique o grau de influência que o plano local de saúde tem nos processos de tomada de decisão, mobilização e afetação de recursos ao nível do ACES/ULS.

	1 (Nenhuma influência)	2	3	4	5 (Muita influência)	Não sabe/não responde
Afetação de recursos e organização dos serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seleção dos indicadores locais de contratualização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificação das áreas programáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano de desempenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano de Atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cartas de compromisso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Como avalia o possível impacto do plano local de saúde na melhoria da saúde da população?

- ☐ 1 (Muito baixo)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (Muito elevado)
- ☐ Não sabe/ não responde



15. Identifique as principais dificuldades/obstáculos para a elaboração e implementação dos planos e estratégias locais de saúde.

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com o seu grau de influência. Se considerar outros itens, identifique-os no final.

(1-Não constitui dificuldade/obstáculo;

5-Constitui dificuldade/obstáculo muito significativo).

Pontuação

Cultura de "planeamento de gabinete" (dificuldade em definir prioridades e objetivos adequados; pouca participação e avaliação; incapacidade de adaptação às mudanças no contexto);

Fragmentação do planeamento e a sua dissociação com a gestão (separação entre o planeamento da saúde e o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos);

Desalinhamento dos objetivos contratualizados com as necessidades de saúde locais (modelo de seleção e negociação; quantidade reduzida de indicadores de contratualização de nível local).

Dificuldades de comunicação e articulação (ao nível interno e externo dos ACES/ULS e com as organizações dentro e fora do sector da saúde);

Reduzido conhecimento, envolvimento e compromisso nos planos e estratégias por parte dos profissionais do ACES/ULS (Conselho executivo; Conselho clínico e de saúde, diferentes unidades funcionais);

Pouco envolvimento efetivo das instituições da comunidade (falta de envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);

Desadequação da divisão administrativa dos ACES e da sua área de abrangência (não coincide com a divisão nos outros sectores e com as características epidemiológicas da população);

Ausência de definição e clarificação de responsabilidades e papéis nos diferentes níveis de planeamento (nacional; regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;

Falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES;

Falta de apoio técnico do nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Falta de disponibilização de instrumentos, informação e dados);

Pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS (ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados);

Carência de recursos humanos; financeiros e técnicos nas organizações (Crise económico-financeira);

Falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes (necessidade de informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde);

Fraca motivação dos diferentes intervenientes e falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos;

Outro(s)

16. Identifique as iniciativas/fatores facilitadores que poderiam contribuir para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde mais efetivas.  
Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância.  
Se considerar outros itens, identifique-os no final .

(1-Nada importante; 5- Muito importante).

	Pontuação
Harmonização de conhecimentos, métodos e práticas ao nível do planeamento e estratégias em saúde (formação e benchmarking; utilização de instrumentos simples, quantificados e participados representando compromissos sociais);	<input type="text"/>
Alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos;	<input type="text"/>
Alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (melhoria do modelo de seleção e negociação; aumento do número de indicadores de nível local);	<input type="text"/>
Melhoria da articulação e comunicação entre as unidades funcionais dos ACES/ULS e as instituições da comunidade (dentro e fora do setor da saúde);	<input type="text"/>
Melhoria do grau de envolvimento e compromisso dos profissionais do ACES/ULS (Conselho Executivo, Conselho Clínico e de Saúde, diferentes unidades funcionais);	<input type="text"/>
Constituição e manutenção de parcerias efetivas com as instituições da comunidade (com o envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);	<input type="text"/>
Clarificação dos papéis e responsabilidades e melhoria da articulação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	<input type="text"/>
Aumento da autonomia administrativa, técnica e financeira dos ACES;	<input type="text"/>
Disponibilização de apoio técnico pelo nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Disponibilização de instrumentos, informação e dados);	<input type="text"/>
Alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS ;	<input type="text"/>
Melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação (melhoria da informação e dados para o processo de planeamento em saúde);	<input type="text"/>
Constituição de uma equipa técnica responsável pela liderança da elaboração e implementação dos planos e estratégias (com elementos chave do ACES/ULS e instituições chave da comunidade);	<input type="text"/>
Motivação dos diferentes intervenientes (definição de papeis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas);	<input type="text"/>

Outro:

**Comentários /sugestões**

17. Agradecemos a sua colaboração, coloque aqui algum comentário ou sugestão:

### 3.2 QUESTIONÁRIO – DIRECTORES EXECUTIVOS, PRESIDENTES DOS CONSELHOS CLÍNICOS e DE SAÚDE DOS ACES; PRESIDENTES DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DIRECTORES CLÍNICOS DAS ULS

#### Planeamento em saúde: contributo para a elaboração de estratégias locais de saúde

**Título do estudo:** Planeamento em saúde: contributo para a elaboração de estratégias locais de saúde.

**Enquadramento:** Este estudo enquadra-se no II Programa de Doutoramento em Saúde Pública ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

**Explicação sucinta do estudo:**

Portugal tem uma tradição considerável no planeamento em saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento estratégico que visa o alinhamento das políticas de saúde, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde da população. O PNS estabelece a lógica para a identificação de ganhos em saúde, definição de objetivos e metas em saúde, bem como o enquadramento para o desenvolvimento dos programas prioritários de saúde, regionais, locais e setoriais (DGS, 2012).

Desde 2011, que temos vindo assistir a um movimento de elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde em diversos Agrupamentos de Centros de Saúde/ULS, em colaboração com os parceiros da comunidade. No entanto ainda não existe informação sistematizada disponível sobre os planos e estratégias locais de saúde existentes, a sua metodologia, o seu estágio de desenvolvimento e o seu grau de implementação.

Este estudo tem como finalidade analisar as perceções sobre o processo de planeamento local em saúde e os fatores que influenciam o desenvolvimento de planos e estratégias locais de saúde.

**Condições:** Este estudo está autorizado pelas comissões de ética das Administrações Regionais de Saúde. A sua participação é totalmente voluntária e isenta de qualquer tipo de prejuízo, caso decida não participar ou desista do mesmo.

**Confidencialidade e anonimato:** As respostas são totalmente anónimas e confidenciais, não sendo possível relacionar as respostas obtidas com os endereços para onde foram enviados os questionários.

Ao preencher o questionário e após clicar no botão “submeter”, na última página, está a concordar em participar no estudo e a autorizar a análise das respostas – anónimas e apenas acessíveis à doutoranda e equipa de orientação, sendo apenas utilizadas para os fins desta investigação.

Desde já, a investigadora agradece muito a sua disponibilidade e participação neste estudo.

Para qualquer esclarecimento de dúvidas não hesite em contactar a doutoranda Ana Isabel Santos, na Escola Nacional de Saúde Pública, através do telefone 217512100 ou através do e-mail [ai.santos@ensp.unl.pt](mailto:ai.santos@ensp.unl.pt).

**IDENTIFICAÇÃO**

1. Por favor identifique a situação que mais se adequa às suas funções:

- ☐ Diretor(a) Executivo(a) ACES
- ☐ Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES
- ☐ Presidente do Conselho de Administração ULS
- ☐ Director(a) Clínico(a) ULS

2. Por favor identifique a Administração Regional de Saúde a que pertence:

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Lisboa e Vale do Tejo
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve

PLANOS E ESTRATÉGIAS DE SAÚDE

3. No âmbito do desempenho das suas funções, no último ano consultou algum dos seguintes documentos?

	1 (Nunca)	2 (Uma a duas vezes)	3 (Três a quatro vezes)	4 (Cinco ou mais)	Não sabe/ não responde
Estratégia "Health 2020"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano Nacional de Saúde 2012-2016	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas de Saúde Prioritários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano Regional de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Como avalia a importância da elaboração de planos e estratégias de saúde de âmbito local nos ACES/ULS para a melhoria da saúde da população?

☐ 1 (Nada importante) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (Muito importante) ☐ Não sabe/ não responde

5. O ACES/ULS a que pertence elaborou um plano local de saúde ?

- ☐ Não, ainda não se iniciou a sua elaboração.
- ☐ Não, está em fase de elaboração.
- ☐ Sim, mas ainda não foi divulgado e publicado.
- ☐ Sim, está divulgado e em fase de implementação.
- ☐ Não sabe, não responde.

## Planeamento em saúde: contributo para a elaboração de estratégias locais de saúde

6. Classifique o grau de envolvimento e compromisso na elaboração do plano local de saúde dos seguintes elementos:

	1 (Nenhum)	2	3	4	5 (Muito envolvido)	Não sabe/ não responde
Conselho Executivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conselho Clínico e de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conselho da Comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidade de Saúde Pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras unidades funcionais do ACES/ULS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospital/s de referência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autarquia(s) da área de abrangência do ACES/ULS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras instituições da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Considera que os objetivos e metas definidos vão ser alcançados?

- ☐ Sim, na sua totalidade.
 ☐ Sim, na sua maioria.
 ☐ Sim, mas apenas uma pequena parte.
 ☐ Não, nenhuns.
   
☐ Não sabe/não responde.

Se não, porquê?

8. Como classifica o grau de implementação e execução do plano local de saúde?

- ☐ 1 (Inexistente)
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5 (Muito desenvolvido)
 ☐ Não sabe/não responde

9. Classifique o grau de influência que o plano local de saúde tem nos processos de tomada de decisão, mobilização e afetação de recursos do ACES/ULS.

	1 (Nenhuma influência)	2	3	4	5 (Muita influência)	Não sabe/não responde
Afetação de recursos e organização dos serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seleção dos indicadores locais de contratualização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificação das áreas programáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano de desempenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano de atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cartas de compromisso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Como avalia o possível impacto do plano local de saúde na melhoria da saúde da população?

☐ 1 (Muito Baixo) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (Muito Elevado) ☐ Não Sabe/Não Responde

## Planeamento em saúde: contributo para a elaboração de estratégias locais de saúde

11. Identifique as principais dificuldades/obstáculos para a elaboração e implementação dos planos e estratégias locais de saúde.

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com o seu grau de influência. Se considerar outros itens, identifique-os no final.

(1-Não constitui dificuldade/obstáculo;

5-Constitui dificuldade/obstáculo muito significativo).

	Pontuação
Cultura de "planeamento de gabinete" (dificuldade em definir prioridades e objetivos adequados; pouca participação e avaliação; incapacidade de adaptação às mudanças no contexto);	<input type="text"/>
Fragmentação do planeamento e a sua dissociação com a gestão (separação entre o planeamento da saúde e o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos);	<input type="text"/>
Desalinhamento dos objetivos contratualizados com as necessidades de saúde locais (modelo de seleção e negociação; quantidade reduzida de indicadores de contratualização de nível local).	<input type="text"/>
Dificuldades de comunicação e articulação (ao nível interno e externo dos ACES/ULS e com as organizações dentro e fora do sector da saúde);	<input type="text"/>
Reduzido conhecimento, envolvimento e compromisso nos planos e estratégias por parte dos profissionais do ACES/ULS (Conselho executivo; Conselho clínico e de saúde, diferentes unidades funcionais);	<input type="text"/>
Pouco envolvimento efetivo das instituições da comunidade (falta de envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);	<input type="text"/>
Desadequação da divisão administrativa dos ACES e da sua área de abrangência (não coincide com a divisão nos outros sectores e com as características epidemiológicas da população);	<input type="text"/>
Ausência de definição e clarificação de responsabilidades e papéis nos diferentes níveis de planeamento (nacional; regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	<input type="text"/>
Falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES;	<input type="text"/>
Falta de apoio técnico do nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Falta de disponibilização de instrumentos, informação e dados);	<input type="text"/>
Pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS (ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados);	<input type="text"/>
Carência de recursos humanos; financeiros e técnicos nas organizações (Crise económico-financeira);	<input type="text"/>
Falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes (necessidade de informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde);	<input type="text"/>

Pontuação	
Fraca motivação dos diferentes intervenientes e falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos;	<input type="text"/>
Outro(s) <input type="text"/>	
<p>12. Identifique as iniciativas/fatores facilitadores que poderiam contribuir para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde mais efetivas.</p> <p>Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância. Se considerar outros itens, identifique-os no final .</p> <p>(1-Nada importante; 5- Muito importante)</p>	
Pontuação	
Harmonização de conhecimentos, métodos e práticas ao nível do planeamento e estratégias em saúde (formação e benchmarking; utilização de instrumentos simples, quantificados e participados representando compromissos sociais);	<input type="text"/>
Alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos;	<input type="text"/>
Alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (melhoria do modelo de seleção e negociação; aumento do número de indicadores de nível local);	<input type="text"/>
Melhoria da articulação e comunicação entre as unidades funcionais dos ACES/ULS e as instituições da comunidade (dentro e fora do setor da saúde);	<input type="text"/>
Melhoria do grau de envolvimento e compromisso dos profissionais do ACES/ULS (Conselho Executivo, Conselho Clínico e de Saúde, diferentes unidades funcionais);	<input type="text"/>
Constituição e manutenção de parcerias efetivas com as instituições da comunidade (com o envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);	<input type="text"/>
Clarificação dos papéis e responsabilidades e melhoria da articulação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	<input type="text"/>
Aumento da autonomia administrativa, técnica e financeira dos ACES;	<input type="text"/>
Disponibilização de apoio técnico pelo nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Disponibilização de instrumentos, informação e dados);	<input type="text"/>
Alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS ;	<input type="text"/>
Melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação (melhoria da informação e dados para o processo de planeamento em saúde);	<input type="text"/>
Constituição de uma equipa técnica responsável pela liderança da elaboração e implementação dos planos e estratégias (com elementos chave do ACES/ULS e instituições chave da comunidade);	<input type="text"/>
Motivação dos diferentes intervenientes (definição de papeis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas);	<input type="text"/>
Outro(s) <input type="text"/>	

## Planeamento em saúde: contributo para a elaboração de estratégias locais de saúde

### Comentários /sugestões

13. Agradecemos a sua colaboração, coloque aqui algum comentário ou sugestão:

## ANEXO 2. RESULTADOS INTEGRAIS

### 2.1 ANÁLISE DOCUMENTAL DA ESTRATÉGIA E PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE

No que diz respeito à análise documental, elaborou-se uma grelha de análise adaptada de Butterfoss e Dunet (State Plan Index: A Tool for Assessing the Quality of State Public Health Plans, 2005) e procedeu-se à análise dos quatro documentos estratégicos a nível nacional: Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002); Plano Nacional de Saúde 2004-2010; Plano Nacional de Saúde 2012-2016; e Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020.

Relativamente às componentes analisadas estas consistiram: na entidade responsável; no diagnóstico da situação; no envolvimento dos *stakeholders*; nos objetivos e metas; na seleção da população e das estratégias para intervenção; na integração das estratégias com outros programas e implementação do plano; nos recursos para a implementação do plano; na monitorização e avaliação; na acessibilidade e comunicação do plano (grelha de análise documental no anexo 1).

Designação	Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)	Plano Nacional de Saúde 2004-2010	Plano Nacional de Saúde 2012-2016	Revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020
Período temporal	• 1998-2002	• 2004-2010	• 2012-2016	• 2016-2020
Entidade responsável	• Direção Geral da Saúde	• Direção Geral de Saúde (2002) • Alto Comissariado da Saúde (2005)	• ACS (1ª versão) - 2011 • Direção Geral da Saúde - (coordenação, implementação desde 2012)	• Direção Geral da Saúde (Maio 2015)
Diagnóstico de situação	• Não contém um capítulo exclusivo dedicado ao diagnóstico de saúde, mas apresenta a evolução e projeção em problemas específicos de saúde.	• Capítulo: i) Estado de saúde dos Portugueses -Potencial para a ausência de doença; -Potencial para um maior bem-estar; -Potencial para uma melhor aptidão funcional. II) Sistema de saúde em Portugal -Recursos financeiros e humanos; -Cuidados de saúde primários; -Cuidados hospitalares; -Cuidados continuados;	• Capítulo com o perfil de saúde em Portugal. Designadamente: 1.Estado de saúde da população; 1.1 Determinantes de saúde, 1.2 Estado de saúde 2. Organização de Recursos, Prestação de Cuidados e Financiamento 2.1 Estrutura 2.2 Financiamento e despesa	<i>n.d.</i>

		-Cuidados de saúde mental; Desempenho do sistema)		
<b>Envolvimento dos stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolveu as estruturas centrais e regionais do Ministério da Saúde e um número considerável de profissionais de saúde.”</li> <li>• Processo de consulta teve lugar no primeiro trimestre de 1999, através de um “documento de trabalho” amplamente divulgado por um vasto conjunto de organizações e também através do “site” da DGS.</li> <li>• A divulgação ativa incluiu todas as estruturas do SNS, organizações profissionais de saúde, faculdades de medicina, escolas de enfermagem e outras instituições de ensino relacionadas com a saúde, organizações não governamentais ativas na área da saúde, associações, instituições e organizações de saúde, associações autárquicas, instituições de outros setores de atividade com implicação na saúde e órgãos da comunicação social.</li> <li>• De fevereiro a abril desse ano tiveram lugar três reuniões de esclarecimento e debate com organizações interessadas, receberam-se cerca de trinta pareceres e comentários escritos sobre a Estratégia de Saúde das mais diversas proveniências. Procedeu-se a uma análise de conteúdo das opiniões expressas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de vários núcleos de apoio permanente, coordenados pela Direção-Geral da Saúde;</li> <li>• Constituição de vários grupos de trabalho temáticos, compostos por especialistas nas matérias relacionadas;</li> <li>• Criação de documento base para discussão em 2003 (larga difusão entre os meios de comunicação social, dos organismos do Ministério da Saúde e setores afins da sociedade civil, entre outros);</li> <li>• Recurso a consultas internacionais: organização de uma mesa redonda com a Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada a 28 e 29 de julho de 2003, bem como consultas à Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e ao Conselho da Europa;</li> <li>• Recurso a consultas regionais: realização de três fóruns regionais (em Faro, Lisboa e Porto), com vista a integrar as diversas perspetivas dos principais atores regionais no processo de planeamento.</li> <li>• Amplo debate nacional, incluindo um fórum nacional de saúde, realizado em Lisboa, em fevereiro de 2004, para encerrar o debate público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão sobre PNS anterior (2004-10) e avaliação por entidade externa OMS-Europa em 2010);</li> <li>• Análises especializadas setoriais, desenvolvidas por peritos nacionais com consultoria internacional e discutidas publicamente.</li> <li>• Foram dinamizados diferentes grupos de trabalho e instrumentos facilitadores de participação ativa (microsite do PNS, redes sociais, Boletim “Pensar saúde”, Newsletter, Fóruns nacionais e regionais, entre outros), audição de pontos focais de diferentes Ministérios, Ordens Profissionais e outros organismos, bem como criado um Conselho Consultivo.</li> <li>• 4º Fórum Nacional de Saúde (junho de 2014);</li> <li>• Recomendações e acompanhamento da Organização Mundial de Saúde – Europa (2014).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendações e acompanhamento da Organização Mundial de Saúde – Europa (2014)</li> <li>• 4º Fórum Nacional de Saúde (junho de 2014);</li> <li>• Conselho Consultivo e de Acompanhamento, do Grupo de Peritos e dos colaboradores dos diferentes departamentos na Direção-Geral da Saúde.</li> </ul>
<b>Objetivos e metas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica oito principais áreas de atuação: desde a “vida ativa” ao “envelhecimento”, da saúde escolar dos jovens, à depressão dos mais velhos, o acesso aos serviços de saúde, a gestão de recursos (incluindo a informação), o medicamento, e a cooperação europeia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Três grandes objetivos estratégicos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;</li> <li>2. Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado,</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatro objetivos para o Sistema de Saúde: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obter ganhos em saúde;</li> <li>2. Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida;</li> <li>3. Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença;</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neste documento propõem-se quatro metas para 2020, das quais duas metas ficam condicionadas a desenvolvimento atempado do sistema de informação.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para cada um destes domínios definiram-se metas de 5 a 10 anos e estabeleceram-se as orientações necessárias à sua realização. Designadamente: <u>Horizonte 2007</u>- Objetivo a ser atingido em 10 anos, expresso, sempre que possível, como impacto sobre os indicadores de saúde, modificando favoravelmente a tendência atual.</li> <li><u>Metas 2002</u>- Objetivos específicos quantificados a serem atingidas em 5 anos, expressos tanto como impacto sobre os indicadores de saúde, como melhoria na prestação dos serviços.</li> <li><u>Orientações de atuação</u>- Ações destinadas a atingir as metas, os objetivos e os horizontes estabelecidos.</li> <li><u>Objetivos gerais</u>- a 5 anos, para a melhoria da prestação dos serviços de saúde e dos vários setores de saúde.</li> </ul>	<p>nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;</p> <p>3. Garantir os mecanismos adequados para a efetivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e atualização do Plano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para cumprir estes objetivos o plano propõe estratégias com identificação de metas. Nomeadamente: <u>Estratégias gerais</u> Metas quantificadas (identificação situação atual e meta para 2010) relativas à saúde escolar e à saúde da população prisional; <u>Estratégias para obter mais saúde para todos</u> Metas prioritárias quantificadas (com situação atual; projeção para 2010 e meta para 2010) referentes à abordagem centrada na família e no ciclo de vida e abordagem à gestão integrada da doença; <u>Estratégias para a gestão da mudança</u> Metas globais quantificadas (com situação atual; projeção para 2010 e meta para 2010) relativas ao sistema de saúde e à acessibilidade do medicamento.</li> </ul>	<p>4. Fortalecer a participação de Portugal na saúde global.</p> <p>Para cada objetivo são explicitados os conceitos, as orientações e evidência (nível político; organizacional; profissionais de saúde; nível individual); e a visão para 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Relativamente às metas: <u>-Ganhos em Saúde</u>- 19 indicadores e metas (com valor base 2001 e 2009; projeção 2016 e meta 2016) nas áreas da mortalidade; morbilidade e incapacidade.</li> <li><u>-Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde</u> - 37 indicadores e metas, (com respetivo valor base 2001 e 2009; projeção 2016 e meta 2016), nas áreas da mortalidade; morbilidade; qualidade; efetividade; acesso; eficiência.</li> </ul> <p>Os critérios de cálculo de metas baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças em 2016, de acordo com as projeções, entre cada unidade e a unidade com o melhor desempenho do indicador.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduzir a mortalidade prematura (<math>\leq 70</math> anos), para um valor inferior a 20%</li> <li>2. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%</li> <li>3. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com <math>\geq 15</math> anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental.</li> <li>4. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.</li> </ol>
<b>Seleção da população e das estratégias para intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica como principais áreas de atuação:</li> <li>1. Cidadão e comunidade – parcerias para a saúde;</li> <li>2. Melhor saúde- ganhos em saúde (ciclo vital e família; qualidade de vida e determinantes de saúde; problemas específicos; meio ambiente);</li> <li>3. Acesso a serviços de saúde de qualidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica as seguintes estratégias: <u>I – Estratégias gerais</u>: pretendem atravessar, de uma forma horizontal e abrangente, todas as estratégias, planos, programas e projetos do sistema de saúde.: -Prioridade aos mais pobres; Abordagem programática; Abordagem com base em <i>settings</i> (escolas, local de trabalho, prisões)</li> <li><u>II – Estratégias para obter mais saúde para</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>São considerados quatro eixos estratégicos:</li> <li>1. Cidadania em Saúde;</li> <li>2. Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde;</li> <li>3. Qualidade em Saúde;</li> <li>4. Políticas Saudáveis.</li> </ul> <p>Para cada eixo estratégico são explicitados os conceitos, as orientações e evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>São considerados quatro eixos estratégicos:</li> <li>1. Cidadania em Saúde;</li> <li>2. Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde;</li> <li>3. Qualidade em Saúde;</li> <li>4. Políticas Saudáveis.</li> </ul> <p>Para cada eixo estratégico são identificados um conjunto de</p>

	<p>4. Profissões de saúde;</p> <p>5. Investir em saúde- financiar os serviços;</p> <p>6. Gerir os recursos da saúde;</p> <p>7. Informação, conhecimento e comunicação em saúde;</p> <p>8. Dimensão europeia e cooperação internacional.</p>	<p><u>todos</u>: de forma a obter mais saúde para todos, privilegiam-se duas estratégias: centrar as intervenções na família e no ciclo de vida e abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença.</p> <p><u>III - Estratégias para a gestão da mudança</u>: centraram-se na cidadania, capacitação do sistema de saúde para a inovação e reorientação o sistema de saúde; acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento.</p> <p><u>IV - Estratégias para garantir a execução do Plano</u></p> <p>-Acompanhamento do Plano; Cativação de recursos; Diálogo; Quadro de referência legal.</p>	<p>(nível político; organizacional; profissionais de saúde; nível individual); e a visão para 2016.</p>	<p>propostas.</p>
<p><b>Integração das estratégias com outros programas e implementação do plano</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere que as cinco regiões do país estabeleceram as suas estratégias regionais numa base operacional.</li> <li>• A Estratégia de Saúde constitui um quadro de referência para o estabelecimento de metas de saúde a nível local, assim como para as iniciativas concretas que as permitem realizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Vol. I identifica <u>Estratégias para garantir a execução do Plano</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>-mecanismos de acompanhamento do plano;</li> <li>- mecanismos de cativação de recursos;</li> <li>-mecanismos de diálogo;</li> <li>- Quadro de referência legal.</li> </ul> </li> <li>• O Vol. II – identifica a situação atual, bem como as orientações estratégicas e intervenções necessárias para a implementação do plano, no que diz respeito: <p><u>Estratégias para obter mais saúde para todos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagem centrada na família e no ciclo de vida;</li> <li>-Abordagem à gestão integrada da doença;</li> <li>- <u>Estratégias para a gestão da mudança</u></li> <li>-Mudança centrada no cidadão.</li> <li>- Capacitar o sistema de saúde para a inovação.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação de um roteiro Estratégico para a Implementação do PNS em 2013, com as seguintes estratégias de implementação do PNS: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenvolvimento de um plano de comunicação;</li> <li>2. Atualização do sistema de informação e monitorização;</li> <li>3. Mobilização e envolvimento dos principais agentes;</li> <li>4. Articulação entre o PNS e os programas prioritários de saúde;</li> <li>5. Integração do PNS nos instrumentos de gestão e governança;</li> <li>6. Desenvolvimento de protocolos de colaboração interinstitucionais;</li> <li>7. Reforço da inclusão do PNS a nível internacional;</li> <li>8. Colaboração no processo de avaliação;</li> <li>9. Mobilização de recursos.</li> </ol> </li> <li>• Enquadra 9 programas de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define orientações para a implementação: <ul style="list-style-type: none"> <li>-19 orientações estratégicas para a implementação;</li> <li>-27 orientações específicas para a implementação.</li> </ul> </li> <li>• Publicação de roteiros de implementação do PNS realizados por peritos no âmbito de temáticas específicas.</li> <li>• <u>Identifica estratégias para garantir a implementação do plano</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mecanismos de implementação;</li> <li>-Mecanismos de cativação de recursos;</li> <li>-Mecanismos de divulgação;</li> <li>-Adequação do quadro de referência legal.</li> </ul> </li> </ul>

		<p>-Reorientar o sistema de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este plano alicerçou-se através de 40 Programas Nacionais e 4 coordenações nacionais para programas de saúde prioritários (saúde mental; doenças oncológicas; VIH- Sida; doenças cardiovasculares).</li> </ul>	<p>prioritários:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa Nacional para a Diabetes;</li> <li>2. Programa Nacional para a Infecção VIH/ SIDA;</li> <li>3. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;</li> <li>4. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável;</li> <li>5. Programa Nacional para a Saúde Mental;</li> <li>6. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas;</li> <li>7. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias;</li> <li>8. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares;</li> <li>9. Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquadra os 9 programas de saúde prioritários referidos anteriormente e inclui a Tuberculose; Hepatites Virais e a Promoção da Atividade Física (Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio).</li> </ul>
<p><b>Recursos para a implementação do plano</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Estratégia de Saúde constitui um quadro de referência para o estabelecimento de metas de saúde a nível local, assim como para as iniciativas concretas que as permitem realizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mecanismos de cativação de recursos</u> refere “De forma a garantir essa priorização, serão determinadas pelo Ministério da Saúde e negociadas com o Ministério das Finanças e com o Programa Operacional da Saúde normas de atribuição de recursos que garantirão que as estratégias contempladas no Plano Nacional de Saúde terão primazia absoluta”.</li> <li>• Criação de um Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI) do MS (Alto Comissariado da Saúde – ACS) responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010 e elaboração do próximo.</li> <li>• ACS preside a comissão de acompanhamento interministerial do PNS, a avaliação do desempenho das instituições do MS (SIADAP), a centralização da Direção de Serviços de Coordenação Internacional, os apoios financeiros a projetos de IPSS; e a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No capítulo da mobilização de recursos no roteiro para a implementação consta “O planeamento estratégico face aos recursos existentes (financeiros, humanos e materiais) é uma condição essencial para que todos possam ser mobilizados para a implementação do PNS. Os investimentos, estruturas, serviços e recursos existentes devem ser orientados de acordo com os princípios e objetivos do PNS. Poderão ser considerados outros fundos disponíveis para projetos de financiamento diretamente relacionados com o PNS. É desejável que no âmbito do plano de comunicação e do microsite seja possível criar uma estratégia de divulgação das oportunidades de financiamento existentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mecanismos de cativação de recursos</u> “De modo a garantir a implementação do Plano, deverão ser negociadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças normas de atribuição de recursos que garantirão que as recomendações do PNS serão implementadas”.</li> </ul>

		<p>responsabilidade das Coordenações Nacionais para as áreas prioritárias do PNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>São definidas Coordenações Nacionais (Saúde Mental, Doenças Oncológicas, HIV/SIDA e Doenças Cardiovasculares) da competência do ACS e Programas Verticais (Diabetes, Doenças Respiratórias, Obesidade,...) da competência da DGS.</li> </ul>		
<b>Monitorização e avaliação</b>	<p>Foi previsto fazer uma primeira monitorização da Estratégia de Saúde no fim de 1999, o que não aconteceu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foi criado pela ACS um sistema de monitorização do PNS (microsite Indicadores e Metas do PNS, ACS, 2010), mais tarde expandido para um sistema de base geográfica e comunitária (WebSIG /Mapas Interativos), integrador de várias bases de dados disponíveis (WebSIG, ACS, 2010).</li> <li>A monitorização do PNS, responsabilidade do ACS até 2011, assentou no acompanhamento da evolução de 122 indicadores de saúde, distribuídos ao longo das diferentes fases do ciclo de vida do indivíduo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A estratégia de monitorização do PNS define três grandes conjuntos de indicadores:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Ganhos em Saúde;</li> <li>Estado de Saúde e de desempenho do Sistema de Saúde;</li> <li>Execução das Ações e recomendações do PNS.</li> </ol> </li> <li>Estão disponíveis os seguintes indicadores:               <ul style="list-style-type: none"> <li>19 <u>Indicadores de Ganhos em Saúde</u> (com valor base 2001 e 2009; projeção 2016 e meta 2016) referentes às áreas de mortalidade; morbilidade e Incapacidade.</li> <li>37 <u>Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde</u> (com valor base 2001 e 2009; projeção 2016 e meta 2016) referentes às áreas de mortalidade; morbilidade; qualidade; efetividade; acesso; eficiência.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definiram-se 4 indicadores em consonância com os indicadores ECHI – <i>European Core Health Indicators</i> da União Europeia, e que permitisse a realização de cálculos para comparação internacional, a projeção ao ano 2020, e a comparação inter-regional.</li> <li>Integraram-se ainda um conjunto de indicadores para medir a implementação de políticas nacionais ou de caracterização sociodemográfica. O painel de indicadores a incluir na monitorização consiste:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-7 (Situação sociodemográfica e económica);</li> <li>-11 (Estado de saúde);</li> <li>-5 (Determinantes em saúde);</li> <li>-14 (Recursos e produção em saúde).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Acessibilidade do plano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não contém capítulo de comunicação e divulgação, refere “Constitui também um importante instrumento de informação, comunicação e participação, estabelecendo códigos concetuais e normalizando a linguagem em termos que facilitam a análise e o debate da saúde”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não contém capítulo de comunicação e divulgação. Nas Estratégias para garantir a execução do Plano - mecanismos de diálogo refere “necessidade de um esforço continuado de comunicação através de contatos com os profissionais da comunicação social e com outros atores da sociedade civil, do meio académico, das</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponível no <i>site</i> do PNS;</li> <li>Versão completa (a abordagem do PNS 2012-2016 subdivide-se em Capítulos, perfazendo um total de 370 páginas);</li> <li>Versão resumo (76 páginas)</li> <li>Roteiro para a implementação (18 páginas) onde consta o desenvolvimento de um plano de comunicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nas estratégias para garantir a a implementação do Plano - mecanismos de diálogo refere “requer um esforço continuado de comunicação através de diversas ações que compõe um plano de comunicação desenhado para o efeito”;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 103 páginas.</li> </ul>	<p>organizações profissionais e das instituições de saúde. Este esforço deverá ser concretizado através da realização de Fóruns Regionais e Nacionais, através de mecanismos contemplados na secção da mudança centrada no cidadão e de alguns mecanismos contemplados na secção sobre a capacitação do sistema para a inovação.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponível no <i>site</i> PNS</li> <li>• 2 volumes: Vol. I – prioridades (86 páginas); Volume II- orientações estratégicas (214 páginas).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponível <i>site</i> PNS;</li> <li>• 38 páginas.</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Referências bibliográficas: Estratégia e Planos Nacionais de Saúde analisados

PORTUGAL. MS - Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2004.

[Consult. 8.03.2017]. Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_335.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_335.html).

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2012.

[Consult. 8.04.2017]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.

PORTUGAL. MS. DGS - Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015a. [Consult. 18.07.2017]. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>.

## 2.2 ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS LOCAIS DE SAÚDE

Realizou-se uma análise documental a 25 planos locais de saúde, a partir da grelha de análise de conteúdo adaptada de Butterfoss e Dunet (2005), relativamente às componentes de diagnóstico de situação; envolvimento dos *stakeholders*; objetivos e metas; seleção da população e das estratégias para intervenção; integração das estratégias com outros programas e implementação do plano; recursos para a implementação; monitorização e avaliação; acessibilidade e comunicação (grelha de análise documental no anexo 1).

Os critérios de inclusão para análise consistiram nos planos locais de saúde, com versão integral disponível e com o período de vigência temporal entre 2011-2017, com período de vigência inicial  $\geq$  ao ano de 2015. Na grelha de análise, os PLS são apresentados em formato codificado, no entanto abaixo da tabela são apresentadas as referências bibliográficas dos PLS analisados.

Código PLS	Delimitação geográfica	Horizonte temporal	Autoria/Entidade responsável	Diagnóstico de situação de saúde (DSS)		Envolvimento dos stakeholders	Objetivos e metas	
				Estrutura	Nº prioridades		Nº	Descrição
1	ACES	2014-2016	Identifica USP na capa e o ACES.	- DSS (Caraterização demográfica, social e económica; - Caraterização da mortalidade e morbilidade; identificação e priorização de problemas; - Determinantes de saúde; Definição de necessidades; - Caraterização dos recursos da comunidade).	6	Consulta interna no ACES	13 Objetivos quantificados e 1 meta	12 Obj. mortalidade; 1 obj. incidência.
2	ACES	2011-2016	Elaborado pela USP com apoio do CCS.	-DSS (Caraterização demográfica, social e económica; - Caraterização da mortalidade e morbilidade; - Determinantes de saúde; Caraterização dos recursos da comunidade; Identificação e priorização de problemas; Definição das	5	Consulta interna no ACES e reunião Conselho da Comunidade	5 Objetivos quantificados	5 Obj. mortalidade

				necessidades).				
3	ACES	Não refere horizonte temporal, mas os objetivos são definidos para 2016.	USP	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Principais problemas de saúde; - Determinantes de saúde; Identificação e priorização de problemas; Definição das necessidades; -Caraterização dos recursos da comunidade).	5	Consulta interna ACES na def. de prioridades	7 Objetivos quantificados	7 Obj. mortalidade
4	ACES	2011-2016	USP; Editor ACES	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Identificação e priorização de problemas; Determinantes de saúde; Definição de necessidades Caraterização dos recursos da comunidade).	5	Consulta interna ACES	5 Objetivos quantificados e 23 indicadores com metas	5 Obj. mortalidade ; 5 metas mortalidade e 18 morbilidade
5	ACES	2011-2016	USP; Editor ACES	DDS (Caraterização demográfica, social e económica; Recursos da saúde; Determinantes de saúde; Indicadores de mortalidade/morbilidade; Necessidades priorizadas).	4	Consulta interna ACES	5 Objetivos quantificados	4 Obj. mortalidade ; 1 incidência
6	ACES	2011-2016	USP com colaboração CCS	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Identificação e priorização de problemas; Determinantes de saúde; Definição de necessidades; Caraterização dos recursos da comunidade).	5	Consulta interna ACES (DE e PCC)	5 Objetivos quantificados	5 Obj. mortalidade

7	ACES	2012-2016	USP/ACES	DDS (Caraterização demográfica, social e económica; caraterização da mortalidade e morbilidade; Problemas de Saúde e Prioridades para Intervenção; Principais Problemas de Saúde; Recursos e estratégias de saúde).	7	Consulta interna ACES	7 Metas e 7 objetivos quantificados	Todos de mortalidade
8	ACES	2011-2016	Coordenação técnica USP	DSS (Caraterização da população; Caraterização da mortalidade e morbilidade e suas consequências; Identificação dos principais problemas de saúde; Determinantes de saúde; Definição de necessidades de saúde recursos da comunidade, avaliação prognóstica).	5	Consulta interna e externa (Conselho da Comunidade)	5 Objetivos quantificados	4 Obj. morbilidade; 1 mortalidade
9	ACES	2011-2016	USP	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Determinantes de saúde; Recursos da comunidade; Av. prognostica; definição necessidades técnicas).	3	Fazem referência a que todas as instituições são convidadas a participar no PLS; consulta interna e externa.	9 Objetivos (3 objetivos quantificados e 6 objetivos operacionais ou metas)	3 Objetivos quantificados mortalidade 6 obj. operacionais ou metas de morbilidade
10	ACES	2011 -2016	Identifica USP capa, em baixo do ACES	DDS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Determinantes de saúde; necessidades de saúde; recursos da comunidade; priorização dos problemas de saúde; resultados).	9	Consulta interna ACES	30 Objetivos não quantificados	30 (3 Objetivos gerais e 27 operacionais), com os indicadores de monitorização quantificados
11	ACES	2011-2016	USP	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Determinantes de saúde; recursos da comunidade; Identificação e priorização dos principais problemas de saúde da população; Identificação de necessidades de saúde; recursos priorizados).	5	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	14 Metas; 26 objetivos	14 Metas de mortalidade; 9 Objetivos gerais (6 mortalidade; 4 incidência); 17 Objetivos específicos (morbilidade; comportamentos)

12	ACES	2011-2016	Identifica USP em baixo do nome do ACES	DDS (Caraterização demográfica, social e económica; caraterização da mortalidade e morbilidade; principais problemas de saúde do ACES; problemas de saúde selecionados Determinantes de saúde; recursos da comunidade; necessidades de saúde);	7	Consulta interna ACES	7 Objetivos quantificados	(4 Obj. quant de impacto; 3 de impacto)
13	ACES	2011-2016	USP	DDS (Principais problemas de saúde do ACES e sua priorização; definição necessidades de saúde e sua priorização; recursos e estratégias de saúde).	8	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	8 Objetivos quantificados	(7 Obj. mortalidade; 1 incidência)
14	ACES	2011-2016	USP em colaboração com o ACES	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Determinantes de saúde; Caraterização dos recursos da comunidade; que problemas priorizamos? que necessidades priorizamos? Avaliação prognóstica?)	5 problemas; 5 necessidades	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	5 Objetivos	Todos de mortalidade
15	ACES	2011-2016	USP	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; natalidade e fecundidade; recursos da comunidade; morbilidade e mortalidade; identificação principais problemas de saúde do ACES; identificação necessidades de saúde; priorização de necessidades de saúde; determinantes de saúde).	13	Consulta interna ACES	3 Objetivos estratégicos não quant e 16 metas	3 Objetivos estratégicos não quantificados e 16 metas (13 metas quantificadas; 3 metas determinantes não quantificadas)
16	ACES	2014-2016	Não refere	Caraterização Geográfica do ACES e do nº de unidades; Caraterização demográfica, social da população; Caraterização da mortalidade e morbilidade;		Identifica os parceiros em projetos e atividades do ACES, mas não na elaboração do plano	10 Objetivos quantificados e 35 indicadores com metas	

17	ACES	2013-2016	Autoria USP; Edição ACES	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; Fatores determinantes de saúde; ACES; problemas de saúde, necessidades de saúde e grupos populacionais prioritários; necessidades de investigação).	25	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	20 Objetivos quantificados	10 Obj. mortalidade; 10 morbilidade e processos
18	ACES	2014-2016.	Coordenação: USP; Edição: ACES e Câmara Municipal	Perfil de saúde (Caraterização demográfica, social e económica; Caraterização da mortalidade e morbilidade; carat. Serviços de saúde na área de influência do ACES; identificação e priorização de problemas de saúde).	6	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	22 Objetivos quantificados	
19	ACES	2015-2017	Coordenação USP	Perfil de saúde (Caraterização demográfica, social e económica; Carat Epidemiológica; organização global do ACES; priorização de problemas de saúde).	5	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	23 Objetivos específicos e 27 metas quantificadas	
20	ACES	2014-2016	Não refere	Perfil de saúde (Caraterização demográfica, social e económica; determinantes de saúde; estado de saúde; principais problemas detetados; seleção de prioridades; determinantes de risco/ proteção).	6	Refere que a concretização dos obj implicam a colaboração de várias entidades locais	4 Objetivos não quantificados	
21	ACES	2014-2016	USP	Perfil de saúde (Caraterização demográfica e social) identificação e priorização dos problemas de saúde da população (mortalidade e morbilidade).	3	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	8 Objetivos gerais não quant e 11 metas com os indicadores	
22	ACES	2014-2016	Coordenação USP e ACES	Perfil de saúde (Caraterização demográfica, social e económica; determinantes de saúde; estado de saúde - mortalidade e morbilidade).	10	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	14 Objetivos gerais não quant; 24 obj específicos não quant; 16 metas; 50 metas relacionadas	14 Objetivos gerais não quant; 24 obj especific não quant; 16 metas; 50 metas relacionadas com atividades

							com atividades	
23	ACES	2015-2017	USP e ACES	DSS (Caraterização demográfica, social e económica; mortalidade e morbilidade; serviços de saúde na área de influência do ACES; prioridades de intervenção).	5	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	17 indicadores, mas não quantificam metas	
24	ACES	2015-2017	Coordenação técnica e autoria USP; Edição: ACES e Câmara Municipal	Perfil de saúde (Caraterização geodemográfica e social; Como somos; Que influências sofremos; Que escolhas fazemos; Quais as nossas vulnerabilidades; De que sofremos e morreremos).	5	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	16 metas quantificadas	Todos de morbilidade
25	ACES	Assinado em 2015	Coordenação técnica USP	Não apresenta os dados só refere que foi feito.	16	Consulta interna e externa parceiros da comunidade	Não refere	Não refere

Código PLS	Seleção da população e das estratégias para intervenção	Integração das estratégias com outros programas e implementação do plano	Recursos para a implementação do plano	Monitorização e avaliação		Acessibilidade e comunicação					Metodologia
				Indicadores	Descrição	Versão integral disponível	Componente comunicação	nº pág s. total	págs. desenh v	Nº pág s. DSS	
1	Quadro com níveis de prevenção para os problemas de saúde selecionados.	Refere necessidade de integração PNS/PRS; Lista com de recomendações para intervenção.	Identifica recursos da comunidade (nº de instituições) no DSS.	7 indicadores	6 mortalidade; 1 incidência	Disponível	Não	110	68	54	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
2	Quadro com estratégias e programas para os problemas identificados e a entidade que disponibiliza os recursos.	Lista com de recomendações para intervenção.	Identifica recursos da comunidade (nº de instituições) no DSS.	31 indicadores	Propõe av. intercalar/ 26 indicadores <i>outcome</i> e 5 de impacto	Disponível	Não	60	35	14	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
3	Quadro com estratégias para problemas identificados.	Lista com de recomendações para intervenção.	Capítulo com recursos da comunidade com o que existe; quem disponibiliza e o que falta.	15 indicadores	Prevê av. intercalar	Disponível	Sim, só interna e posteriormente e externa.	99	93	78	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
4	Quadro níveis de prevenção e problemas de saúde selecionados.	Refere continuidade de programas de âmbito regional; recomendações para intervenção.	Identifica recursos da comunidade no DSS.	5 indicadores mortalidade e 18 morbilidade	Propõe av. intercalar	Disponível	Não	37	24	10	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
5	Quadro com estratégias para problemas identificados.	Prevê articulação com programas no âmbito dos problemas identificados.	Identifica recursos da comunidade no DSS.	4 indicadores	Não contém componente de avaliação.	Disponível	Não, mas refere nas considerações finais.	184	166	136	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde

6	Quadro com estratégias para problemas identificados e quem disponibiliza os recursos.	Refere continuidade de programas de âmbito regional; lista com recomendações para intervenção.	Identifica recursos da comunidade (nº de instituições) no DSS.	19 Indicadores	14 Indicadores de <i>outcome</i> ; e 5 mortalidade	Disponível	Não	54	35	15	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
7	Para cada necessidade idêntica os recursos (nº instituições e atividades) e as estratégias por níveis de prevenção.	Lista de recomendações para intervenção.	Identifica os recursos (nº instituições e atividades).	14 Indicadores	8 Indicadores impacto; 6 indicadores ganhos em saúde	Disponível	No capítulo da metodologia prevê a realização de uma versão simplificada para divulgação.	49	34	19	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
8	Para cada necessidade idêntica os recursos (nº instituições e atividades) e as estratégias por níveis de prevenção.	Lista de recomendações para intervenção. Refere manutenção e articulação com programas existentes.	Identifica recursos da comunidade no DSS.	8 Indicadores	Contém componente própria: av. Intercalares	Disponível	Tem sumário executivo; tem plano de comunicação	167	97	59	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
9	Relacionadas com as necessidades identificadas apresenta lista de estratégias.	Lista com recomendações de intervenção.	Identifica recursos da comunidade no DSS.	Não apresenta	Av. Intercalares	Disponível	Não	42	30	18	
10	Lista de estratégias de acordo com os Objetivos dos problemas de saúde prioritizados.	Recomenda-se que as atividades devem ser orientadas de acordo com os objetivos nacionais.	Identifica recursos da comunidade (nº de instituições) no DSS.	Indicadores de monitorização quantificados, junto aos objetivos	Não contém capítulo próprio.	Disponível	Não	48	23	17	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
11	4 Linhas estratégicas	Apresenta lista de recomendações de intervenção.	Recursos e nº de instituições. Posteriormente são prioritizados, bem como algumas ações a realizar com	35 Indicadores	(18 de impacto; 14 mortalidade; 4 morbilidade; restantes de <i>outcome</i> )	Disponível	Não	68	55	35	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde

			estes.								
12	Estratégia local de saúde: lista de estratégias	Apresenta quadro por nível de prevenção com ações existentes e a promover; lista de recomendações de intervenção; Planos de Atividades das diversas Unidades Funcionais do ACES se enquadrem nas orientações do PLS; continuação programas regionais.	Capítulo com recursos da comunidade onde enquadram as instituições e ações nos problemas prioritários identificados.	7 Indicadores		Disponível	Não	58	49	34	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
13	Para cada necessidade idêntica os recursos (nº instituições e atividades) e as estratégias	Apresenta lista de recomendações	Identifica recursos da comunidade (nº de instituições) no DSS.	18 Indicadores	12 indicadores (7 mortalidade e 5 morbilidade e determinantes); 6 indicadores ganhos em saúde	Disponível	Não, na metodologia refere o plano de comunicação.	37	27	6	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
14	5 Eixos estratégicos	Apresenta lista de recomendações. Entre as quais manutenção de programas d em curso	No DSS identifica os recursos que existem e o o que pode ser disponibilizado.	5 Indicadores mortalidade	Componente própria; prevê avaliação intercalar	Disponível.	Refere plano de comunicação interno e externo na componente de monitorização e avaliação.	45	20	13	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde

15	Estratégia local de saúde:	Áreas a desenvolver na estratégia local de saúde: gestão do conhecimento; sistema de vigilância sanitária; organização dos cuidados de saúde; articulação com comunidade; comunicação e avaliação.	Lista de recursos com o respectivo número.	7 Indicadores monitorização (determinantes morbilidade) + 13 indicadores mortalidade	Componente própria; prevê av. intercalar	Disponível.	Uma das recomendações na estratégia local de saúde é a comunicação de informação de saúde; não do plano.	87	73	25	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
16	7 Linhas estratégicas	Apresenta projetos, atividades e serviços do ACES.	Carateriza os recursos do ACES.	35 Indicadores com metas	35 Indicadores com metas	Disponível	Não	37	25	5	Apresenta-se como um plano estratégico de serviços de saúde
17	Identifica estratégias para os diferentes níveis de prevenção; cruza as estratégias com os problemas de saúde e determinantes através de uma matriz	Refere lista de recomendações para implementação PLS internamente e externamente; articulação com Plano de Ação e Plano de Desempenho do ACES.	Carateriza os recursos do ACES no DSS.	28 Indicadores	Prevê 3 momentos de avaliação do PLS	Disponível	Sim, nas recomendações para implementação, tem sumário executivo.	82	62	44	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
18	Identificação de estratégias para melhorar os problemas prioritários: estratégias transversais e específicas	Prevê modelo de governação, monitorização e avaliação.	Carateriza os recursos do ACES no DSS.	22 Indicadores dos objetivos identificados	Prevê modelo de governação, monitorização e avaliação.	Disponível	Sim, capítulo próprio; tem sumário executivo.	19	15	5	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde

19	Identifica 25 estratégias e elaboram uma matriz com os problemas de saúde identificados		Carateriza os recursos do ACES no DSS.	25 Indicadores	Prevê grupo de acompanhamento; av. Intercalares com periodicidade anual.	Disponível	Não	36	25	3	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
20	Estratégias transversais e específicas para os problemas prioritários identificados	Identificação de projetos em curso; prevê grupos e equipas de trabalho para acompanhar e supervisão da implementação	Carateriza os recursos do ACES no DSS.	Não apresenta		Disponível	Não	28	20	11	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
21	Identifica lista de estratégias de intervenção nos problemas prioritários	Identificação de projetos em curso.		11 Indicadores	Não contém capítulo próprio, os indicadores são os das metas.	Disponível	Não	19	15	4	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
22	Identificação de programas e projetos relativos a 4 domínios de saúde identificados	Identificação de programas e projetos relativos a 4 domínios de saúde		Indicadores das 50 metas identificadas	Avaliação das metas das atividades nos programas e projetos relativos aos 4 domínios de saúde.	Disponível	Não	64	44	6	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
23	Identificação de estratégias gerais 5 domínios de saúde	Orientações para a programação para os serviços de saúde; autarquias e outras entidades; prevê Conselho PLS; grupo de acompanhamento; parceiros	Refere que cada parceiro fará o seu programa de implementação.	3 Indicadores gerais + os restantes 17	Prevê monitorização trimestral	Disponível	Contém capítulo próprio com estratégia de comunicação.	31	27		Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde

24	Lista de estratégias por problema priorizado; necessidades de saúde e seus determinantes	Lista de estratégias e prevê articulação com programas existentes.	Não refere		Componente própria; prevê avaliação Intercalar.	Disponível	Contém capítulo próprio com estratégia de comunicação.			15	Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde
25	identifica 3 áreas de intervenção	Elabora um projeto com as áreas de intervenção identificadas, com grupos de trabalho e ações a realizar.	Nas ações das áreas de intervenção identifica o nome das instituições.	16 Indicadores	Não tem capítulo próprio, refere que vai ser continua de acordo com avaliação de projetos.	Disponível	Não	17			Metodologia Clássica do Planeamento em Saúde

### Referências bibliográficas: Planos Locais de Saúde analisados

ALVES, C.; RAPOZA, M.; SOUSA, L., coord. - Plano Local de Saúde ACES Espinho/Gaia 2011-2016. [Em linha]. Espinho: Agrupamento de Centros de Saúde Espinho/Gaia. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 11-05-2017]. Disponível em: <http://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/acesespinhogaia.pdf>

ANTAS, A. *et al.* - Plano Local de Saúde Cascais 2015-2017. [Em linha]. Cascais: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, [2015]. [consult. 20-05-2017]. Disponível em: [https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/cascais\\_plano\\_local\\_de\\_saude\\_2015-2017\\_aces\\_cascais.pdf](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/cascais_plano_local_de_saude_2015-2017_aces_cascais.pdf)

BORGES, F. *et al.* - Plano Local de Saúde 2011-2016: ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte. [Em linha]. Aveiro: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 11-05-2017]. Disponível em: [http://www.docvadis.pt/usf-vale-do-vouga/document/usf-vale-dovouga/plano\\_local\\_de\\_saude\\_aces\\_aveiro\\_norte\\_2011\\_2016/fr/metadata/files/0/file/Plano%20Local%20de%20Sa%C3%Bade%20-%20Aveiro%20Norte.pdf](http://www.docvadis.pt/usf-vale-do-vouga/document/usf-vale-dovouga/plano_local_de_saude_aces_aveiro_norte_2011_2016/fr/metadata/files/0/file/Plano%20Local%20de%20Sa%C3%Bade%20-%20Aveiro%20Norte.pdf)

DINIZ, F.; NEVES, M. - Plano Local de Saúde do ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte. [Em linha]. Felgueiras: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega III – Vale do Sousa Norte. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 18-05-2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS\\_ACeS\\_TâmegaIII.pdf](http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS_ACeS_TâmegaIII.pdf)

DURVAL, M., coord. - Plano Local de Saúde 2015-2017. [Em linha]. Barreiro: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Arco ribeirinho. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, [2015]. [consult. 15-05-2017]. Disponível em: [http://www.arslv.t.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/1591/Plano\\_Local\\_de\\_Saude\\_do\\_Arco\\_Ribeirinho.pdf](http://www.arslv.t.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1591/Plano_Local_de_Saude_do_Arco_Ribeirinho.pdf)

FERREIRA, E. *et al.* - Plano Local de Saúde do ACES Porto Oriental para 2011 – 2016. [Em linha]. Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Oriental. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 10-05-2017]. Disponível em: [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/PLS\\_ACES\\_Porto\\_Oriental\\_2011\\_2016.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/PLS_ACES_Porto_Oriental_2011_2016.pdf)

GARCIA, A. *et al.* - Plano Local de Saúde de Almada-Seixal 2013-2016. [Em linha]. Seixal: Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, [2013]. [consult. 20-05-2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/10/Plano\\_Local\\_de\\_Saude\\_ACES\\_AlmadaSeixal\\_2013-2016.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/10/Plano_Local_de_Saude_ACES_AlmadaSeixal_2013-2016.pdf)

GOMES, A. *et al.* - ACeS Alto Tâmega e Barroso: Plano Local de Saúde 2011/2016. [Em linha]. Chaves: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso. Administração Regional de Saúde do Norte, 2011. [consult. 14-05-2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS-USP-2011-2016-ACeS-Alto-Tâmega-e-Barroso.pdf>

JÚNIOR, M. *et al.* - Plano Local de Saúde do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras 2014 – 2016. [Em linha]. Oeiras: Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, [2014]. [consult. 20-05-2017]. Disponível em: [http://www.arslv.t.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/1034/Plano\\_Local\\_Sa\\_de\\_v4-\\_Vers\\_o\\_Final.pdf](http://www.arslv.t.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1034/Plano_Local_Sa_de_v4-_Vers_o_Final.pdf)

MARQUES, F. *et al.* - Plano Local de Saúde: ACES Douro 1 - Marão e Douro Norte. [Em linha]. Vila Real: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Douro 1 - Marão e Douro Norte. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 12-05-2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/Plano\\_Local\\_Saude\\_Aces\\_DouroNorte.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/Plano_Local_Saude_Aces_DouroNorte.pdf)

NUNES, J.; MATOS, I. - Plano Local de Saúde Região Oeste Norte Triénio 2014/2016. [Em linha]. Caldas da Rainha: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2014. [consult. 29-05-2017]. Disponível em: <https://saudepublicaoestenorte.files.wordpress.com/2013/09/plano-local-de-sac3bade-2014-2016-regic3a3o-oeste-norte.pdf>

PEREIRA, A. *et al.* - Plano Local de Saúde de Sintra 2015 -2017. [Em linha]. Sintra: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2015. [consult. 10-05-2017]. Disponível em: [http://www.cm-sintra.pt/attachments/article/3241/Plano\\_Local\\_Sa%C3%BAdade\\_2015\\_2017.pdf](http://www.cm-sintra.pt/attachments/article/3241/Plano_Local_Sa%C3%BAdade_2015_2017.pdf)

PORTUGAL. MS. ARS CENTRO. ACES COVA DA BEIRA - Plano Local de Saúde 2014-2016. Covilhã. [Em linha]. Covilhã: Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira. Administração Regional de Saúde do Centro, [2014]. [consult. 20-05-2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS\\_AcES\\_CovadaBeira.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS_AcES_CovadaBeira.pdf)

PORTUGAL. MS. ARS LVT. ACES LEZÍRIA - Plano local de saúde da lezíria 2014/2016. [Em linha]. Santarém: Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2015. [consult. 23-05-2017]. Disponível em: [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/1932/Plano\\_Local\\_Saude\\_da\\_Leziria\\_Dezembro\\_2015.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1932/Plano_Local_Saude_da_Leziria_Dezembro_2015.pdf)

PORTUGAL. MS. ARS LVT. ACES MÉDIO TEJO. - Plano Local de Saúde Médio Tejo. [Em linha]. Constância: Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, [2015]. [consult. 30-05-2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/Plano-Local-de-Saude-do-MedioTejo.pdf>

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. ACES AVE III. USP - Plano Local de Saúde do ACES Ave III: Famalicão. [Em linha]. Famalicão: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Ave III. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 11-05-2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/Plano-Local-de-Sa%C3%BAde\\_Famalic%C3%A3o.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/Plano-Local-de-Sa%C3%BAde_Famalic%C3%A3o.pdf)

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. ACES CAVADO II GERÊS/CABREIRA. USP - Plano Local de Saúde do ACeS Cavado II – Gerês/Cabreira: 2011-2016: Atualização 2014-16. [Em linha] Vila Verde: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde ACeS Cavado II – Gerês/Cabreira. Administração Regional de Saúde do Norte, [2014]. [consult. 15-05-2017]. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/pls\\_aces\\_geres\\_cabreira-2011\\_2016\\_\\_actualizacao-2014-2016-20-11-2014\\_dr-roasna/](http://pns.dgs.pt/pls_aces_geres_cabreira-2011_2016__actualizacao-2014-2016-20-11-2014_dr-roasna/)

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. ACES DO ALTO AVE. USP - Plano Local Saúde 2014 – 2016. [Em linha]. Cabeceiras de Basto: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Ave. Administração Regional de Saúde do Norte, [2014]. [consult. 17-05-2017]. Disponível em: [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/PLS\\_ACES\\_Alto\\_Ave\\_2014\\_2016.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/PLS_ACES_Alto_Ave_2014_2016.pdf)

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. ACES ENTRE DOURO E VOUGA I. USP - Plano Local de Saúde: ACES Feira/Arouca 2012-2016. [Em linha]. Santa Maria da Feira: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca. Administração Regional de Saúde do Norte, 2012. [consult. 11-05-2017]. Disponível em: <http://rede-social.cm-feira.pt/rede-social/instrumentos-de-diagnostico-e-planeamento/documentos/ples-aces-feira-arouca-2012-2016>

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. ACES GRANDE PORTO I. USP - Plano Local de Saúde do ACeS Grande Porto I 2011/2016. [Em linha]. Santo Tirso: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa. Administração Regional de

Saúde do Norte, [2011]. [consult. 17-05-2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS\\_ACeS-Grande-Porto-I.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS_ACeS-Grande-Porto-I.pdf)

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. ACES MAIA. USP - Plano Local de Saúde do ACeS Grande Porto IV 2011-2016. [Em linha]. Maia: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde da Maia. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 09-05-2017]. Disponível em [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/PLS\\_ACES\\_Maia\\_PLS\\_2011\\_2016.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/PLS_ACES_Maia_PLS_2011_2016.pdf)

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. ULS MATOSINHOS. USP - Plano Local de Saúde da ULSM, 2011-2016. [Em linha]. Matosinhos: Unidade de Saúde Pública. ULS Matosinhos. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 12-05-2017]. Disponível em: [http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Unidade\\_de\\_Saude\\_Publica/Plano\\_Local\\_Saude\\_ULSM\\_2011\\_2016.pdf](http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Unidade_de_Saude_Publica/Plano_Local_Saude_ULSM_2011_2016.pdf)

SANTOS, A.P.; LEITE, A.; SILVA, A., coord. - Plano Local de Saúde da Amadora 2014-2016. [Em linha]. Amadora: Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora. Camara Municipal da Amadora, 2014. [consult. 12-05-2018]. Disponível em [http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/saudavel/noticias/pdf/2014/plano\\_local\\_saude.pdf](http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/saudavel/noticias/pdf/2014/plano_local_saude.pdf)

SILVA, B. *et al.* - Plano Local de Saúde 2011-2016: Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII Gaia: Unidade de Saúde Pública. [Em linha]. Vila Nova de Gaia: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto VIII Gaia. Administração Regional de Saúde do Norte, [2011]. [consult. 1-05-2017]. Disponível em: <http://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/plano-local-saude-gaia.pdf>

VIEGAS, F.; MONTEIRO, S.; DUARTE, A., coord. - Plano Local de Saúde ACeS Douro Sul 2011/2016. [Em linha]. Lamego: Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Douro Sul. Administração Regional de Saúde do Norte, 2011. [consult. 10-05-2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/Plano-Local-de-Sa%C3%BAdo\\_DouroSul\\_-2011\\_2016.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/Plano-Local-de-Sa%C3%BAdo_DouroSul_-2011_2016.pdf)

## **2.3 RESULTADOS QUESTIONÁRIOS: ESTATÍSTICA DESCRITIVA**

Com vista a responder às necessidades específicas do estudo foram criados dois questionários próprios, destinados à seguinte população-alvo:

- (I) Coordenadores das Unidades de Saúde Pública;
- (II) Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES;

A construção destes questionários baseou-se nas seguintes etapas: revisão bibliográfica e análise de conteúdo das entrevistas; operacionalização das dimensões e categorias a estudar; formulação das questões; submissão dos questionários à revisão (apreciação de pessoas peritas na matéria); autorização comissão de ética das ARS; realização de Pré-testes (em população similar à população alvo: Ex-coordenadores USP; Ex-Diretores executivos e Ex-Presidentes do Conselho Clínico e de Saúde).

Estes questionários detêm as mesmas questões, no entanto o questionário dos Coordenadores das USP tem questões adicionais, devido à sua responsabilidade no planeamento e implementação de planos e estratégias locais de saúde. O número de tipologia de questões adotado foi o seguinte:

- (I) Coordenadores das Unidades de Saúde Pública:
  - 17 questões: 15 questões de resposta fechada (dicotómica; escolha múltipla; ordenação; enumeração gráfica e questões filtro) e 2 de resposta aberta.
- (II) Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES
  - 13 questões: 10 questões de resposta fechada (dicotómica; escolha múltipla; ordenação; enumeração gráfica e questões filtro) e 2 de resposta aberta.

No que diz respeito à aplicação dos questionários, estes foram enviados para todos os coordenadores das USP; DE e PCC em atividade dos ACES de Portugal Continental, com exceção dos 3 ACES da ARS Algarve, dado que a Comissão de Ética emitiu um parecer indeferido relativo ao pedido de autorização para aplicação do questionário. Assim, dos 55 ACES/ULS de Portugal Continental foram enviados questionários para 52 Coordenadores USP e para 104 Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (no caso dos ACES estarem integrados numa ULS foram enviados também questionários para os presidentes dos conselhos de administração das ULS e respetivos diretores clínicos).

Os *links* com os questionários foram enviados diretamente para os emails próprios, que foram confirmados anteriormente por telefone, solicitando autopreenchimento pelos participantes, através da plataforma eletrónica *SurveyMonkey*. Foi dada a garantia do anonimato das respostas. A primeira abordagem decorreu entre os dias 14 de julho e 15 de setembro. Com o objetivo de melhorar as taxas de respostas, foram enviados os questionários, mais uma vez, para os 52 ACES no período entre 3 de novembro e 12 de novembro. Com esta segunda abordagem, no questionário dirigido aos Diretores executivos e PCC obteve-se uma taxa de resposta de 70,2% (com 73 respostas válidas). No questionário dirigido aos coordenadores USP foi obtida uma taxa de resposta de 76,9% (40 respostas válidas).

## **ANÁLISE DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS RESPOSTAS DOS DIRECTORES EXECUTIVOS E PRESIDENTES DOS CONSELHOS CLÍNICOS E DE SAÚDE**

### **2.1 Por favor identifique a situação que mais se adequa às suas funções:**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Diretor(a) Executivo(a) ACES	25	34,2	34,7	34,7
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES	39	53,4	54,2	88,9
Presidente do Conselho de Administração ULS	1	1,4	1,4	90,3
Diretor(a) Clínico(a) ULS	7	9,6	9,7	100,0
Total	72	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		
Total	73	100,0		

### **2.2 Por favor identifique a Administração Regional de Saúde a que pertence:**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Norte	39	53,4	54,2	54,2
Centro	10	13,7	13,9	68,1
Lisboa e Vale do Tejo	18	24,7	25,0	93,1
Alentejo	5	6,8	6,9	100,0
Total	72	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		
Total	73	100,0		

### **3.1 No âmbito das suas funções, no último ano consultou algum destes documentos?**

#### **Estratégia "Health 2020"**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nunca)	12	16,4	21,1	21,1
2 (Uma a duas vezes)	28	38,4	49,1	70,2
3 (Três a quatro vezes)	7	9,6	12,3	82,5
4 (Cinco ou mais)	9	12,3	15,8	98,2
Não sabe/ não responde	1	1,4	1,8	100,0
Total	57	78,1	100,0	
Missing System	16	21,9		

Total	73	100,0		
-------	----	-------	--	--

#### Plano Nacional de Saúde 2012-2016

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2 (Uma a duas vezes)	18	24,7	25,0	25,0
3 (Três a quatro vezes)	23	31,5	31,9	56,9
4 (Cinco ou mais)	31	42,5	43,1	100,0
Total	72	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		
Total	73	100,0		

#### Programas de Saúde Prioritários

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nunca)	2	2,7	3,0	3,0
2 (Uma a duas vezes)	20	27,4	29,9	32,8
3 (Três a quatro vezes)	12	16,4	17,9	50,7
4 (Cinco ou mais)	33	45,2	49,3	100,0
Total	67	91,8	100,0	
Missing System	6	8,2		
Total	73	100,0		

#### Plano Regional de Saúde

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nunca)	3	4,1	4,2	4,2
2 (Uma a duas vezes)	17	23,3	23,9	28,2
3 (Três a quatro vezes)	20	27,4	28,2	56,3
4 (Cinco ou mais)	30	41,1	42,3	98,6
Não sabe/ não responde	1	1,4	1,4	100,0
Total	71	97,3	100,0	
Missing System	2	2,7		
Total	73	100,0		

#### 3.2 Como avalia a importância da elaboração de planos e estratégias de saúde de âmbito local nos ACES/ULS para a melhoria da saúde da população?

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
3	2	2,7	2,9	2,9
4	22	30,1	31,4	34,3
5 (Muito importante)	46	63,0	65,7	100,0
Total	70	95,9	100,0	
Missing System	3	4,1		
Total	73	100,0		

#### 3.3 O ACES/ULS a que pertence elaborou um plano local de saúde?

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Não, ainda não se iniciou a sua elaboração.	1	1,4	1,4	1,4
Não, está em fase de elaboração.	9	12,3	12,5	13,9
Sim, mas ainda não foi divulgado e publicado.	7	9,6	9,7	23,6
Sim, está divulgado e em fase de implementação.	55	75,3	76,4	100,0
Total	72	98,6	100,0	
Missing System	1	1,4		

Total	73	100,0		
-------	----	-------	--	--

### 3.3.1 Classifique o grau de envolvimento e compromisso na elaboração do plano local de saúde dos seguintes elementos:

#### Conselho Executivo

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	4	5,5	6,6	6,6
2	7	9,6	11,5	18,0
3	8	11,0	13,1	31,1
4	22	30,1	36,1	67,2
5 (Muito envolvido)	18	24,7	29,5	96,7
Não sabe/ não responde	2	2,7	3,3	100,0
Total	61	83,6	100,0	
Missing System	12	16,4		
Total	73	100,0		

#### Conselho Clínico e de Saúde

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
3	10	13,7	15,2	15,2
4	23	31,5	34,8	50,0
5 (Muito envolvido)	33	45,2	50,0	100,0
Total	66	90,4	100,0	
Missing System	7	9,6		
Total	73	100,0		

#### Conselho da Comunidade

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	13	17,8	20,3	20,3
2	14	19,2	21,9	42,2
3	14	19,2	21,9	64,1
4	6	8,2	9,4	73,4
5 (Muito envolvido)	9	12,3	14,1	87,5
Não sabe/ não responde	8	11,0	12,5	100,0
Total	64	87,7	100,0	
Missing System	9	12,3		
Total	73	100,0		

#### Unidade de Saúde Pública

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
3	2	2,7	3,0	3,0
4	11	15,1	16,4	19,4
5 (Muito envolvido)	54	74,0	80,6	100,0
Total	67	91,8	100,0	
Missing System	6	8,2		
Total	73	100,0		

#### Outras unidades funcionais do ACES/ULS

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	4	5,5	6,0	6,0
2	11	15,1	16,4	22,4
3	16	21,9	23,9	46,3
4	24	32,9	35,8	82,1
5 (Muito envolvido)	11	15,1	16,4	98,5
Não sabe/ não responde	1	1,4	1,5	100,0
Total	67	91,8	100,0	
Missing System	6	8,2		

Total	73	100,0		
-------	----	-------	--	--

#### Hospital/s de referência

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	13	17,8	20,6	20,6
2	12	16,4	19,0	39,7
3	15	20,5	23,8	63,5
4	13	17,8	20,6	84,1
5 (Muito envolvido)	5	6,8	7,9	92,1
Não sabe/ não responde	5	6,8	7,9	100,0
Total	63	86,3	100,0	
Missing System	10	13,7		
Total	73	100,0		

#### Autarquia(s) da área de abrangência do ACES/ULS

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	11	15,1	17,5	17,5
2	14	19,2	22,2	39,7
3	15	20,5	23,8	63,5
4	11	15,1	17,5	81,0
5 (Muito envolvido)	5	6,8	7,9	88,9
Não sabe/ não responde	7	9,6	11,1	100,0
Total	63	86,3	100,0	
Missing System	10	13,7		
Total	73	100,0		

#### Outras instituições da comunidade

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	11	15,1	18,3	18,3
2	17	23,3	28,3	46,7
3	9	12,3	15,0	61,7
4	7	9,6	11,7	73,3
5 (Muito envolvido)	3	4,1	5,0	78,3
Não sabe/ não responde	13	17,8	21,7	100,0
Total	60	82,2	100,0	
Missing System	13	17,8		
Total	73	100,0		

#### 3.3.2 Considera que os objetivos e metas definidos vão ser alcançados?

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Sim, na sua totalidade.	1	1,4	1,5	1,5
Sim, na sua maioria.	52	71,2	76,5	77,9
Sim, mas apenas uma pequena parte.	11	15,1	16,2	94,1
Não sabe/não responde.	4	5,5	5,9	100,0
Total	68	93,2	100,0	
Missing System	5	6,8		
Total	73	100,0		

#### 3.4.3 Como classifica o grau de implementação e execução do plano local de saúde?

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Inexistente)	5	6,8	7,5	7,5
2	6	8,2	9,0	16,4
3	23	31,5	34,3	50,7
4	27	37,0	40,3	91,0
5 (Muito desenvolvido)	6	8,2	9,0	100,0
Total	67	91,8	100,0	

Missing System	6	8,2		
Total	73	100,0		

### 3.4.4 Classifique o grau de influência que o plano local de saúde tem nos processos de tomada de decisão, mobilização e a afetação de recursos do ACES/ULS

#### Afetação de recursos e organização dos serviços

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	4	5,5	6,2	6,2
2	3	4,1	4,6	10,8
3	18	24,7	27,7	38,5
4	22	30,1	33,8	72,3
5 (Muita influência)	15	20,5	23,1	95,4
Não sabe/não responde	3	4,1	4,6	100,0
Total	65	89,0	100,0	
Missing System	8	11,0		
Total	73	100,0		

#### Seleção dos indicadores locais de contratualização

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	1	1,4	1,5	1,5
2	2	2,7	3,1	4,6
3	11	15,1	16,9	21,5
4	22	30,1	33,8	55,4
5 (Muita influência)	27	37,0	41,5	96,9
Não sabe/não responde	2	2,7	3,1	100,0
Total	65	89,0	100,0	
Missing System	8	11,0		
Total	73	100,0		

#### Identificação das áreas programáticas

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	1	1,4	1,5	1,5
2	1	1,4	1,5	3,1
3	9	12,3	13,8	16,9
4	23	31,5	35,4	52,3
5 (Muita influência)	29	39,7	44,6	96,9
Não sabe/não responde	2	2,7	3,1	100,0
Total	65	89,0	100,0	
Missing System	8	11,0		
Total	73	100,0		

#### Plano de desempenho

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	1	1,4	1,5	1,5
3	6	8,2	9,2	10,8
4	27	37,0	41,5	52,3
5 (Muita influência)	29	39,7	44,6	96,9
Não sabe/não responde	2	2,7	3,1	100,0
Total	65	89,0	100,0	
Missing System	8	11,0		
Total	73	100,0		

#### Plano de atividades

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	1	1,4	1,5	1,5
3	5	6,8	7,7	9,2
4	24	32,9	36,9	46,2

5 (Muita influência)	32	43,8	49,2	95,4
Não sabe/não responde	3	4,1	4,6	100,0
Total	65	89,0	100,0	
Missing System	8	11,0		
Total	73	100,0		

#### Cartas de compromisso

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	1	1,4	1,6	1,6
2	5	6,8	7,8	9,4
3	11	15,1	17,2	26,6
4	28	38,4	43,8	70,3
5 (Muita influência)	16	21,9	25,0	95,3
Não sabe/não responde	3	4,1	4,7	100,0
Total	64	87,7	100,0	
Missing System	9	12,3		
Total	73	100,0		

#### 3.4.5 Como avalia o possível impacto do plano local de saúde na melhoria da saúde da população?

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	1	1,4	1,5	1,5
3	13	17,8	20,0	21,5
4	31	42,5	47,7	69,2
5 (Muito Elevado)	18	24,7	27,7	96,9
Não Sabe/Não Responde	2	2,7	3,1	100,0
Total	65	89,0	100,0	
Missing System	8	11,0		
Total	73	100,0		

#### 4- Identifique as principais dificuldades/obstáculos para a elaboração e implementação dos planos e estratégias locais de saúde.

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com o seu grau de influência. Se considerar outros itens, identifique-os no final. (1-Não constitui dificuldade/obstáculo; 5-Constitui dificuldade/obstáculo muito significativo).

Dificuldades	Pontuação
Falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES; - Pontuação	233
Carência de recursos humanos; financeiros e técnicos nas organizações (Crise económico-financeira); - Pontuação	222
Falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes (necessidade de informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde); - Pontuação	202
Fraca motivação dos diferentes intervenientes e falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos; - Pontuação	191
Fragmentação do planeamento e a sua dissociação com a gestão (separação entre o planeamento da saúde e o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos); - Pontuação	185
Pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS (ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados); - Pontuação	184
Ausência de definição e clarificação de responsabilidades e papéis nos diferentes níveis de planeamento (nacional; regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas; - Pontuação	180

Pouco envolvimento efetivo das instituições da comunidade (falta de envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade); - Pontuação	179
Falta de apoio técnico do nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Falta de disponibilização de instrumentos, informação e dados); - Pontuação	179
Cultura de “planeamento de gabinete” (dificuldade em definir prioridades e objetivos adequados; pouca participação e avaliação; incapacidade de adaptação às mudanças no contexto); - Pontuação	174
Dificuldades de comunicação e articulação (ao nível interno e externo dos ACES/ULS e com as organizações dentro e fora do setor da saúde); - Pontuação	167
Desalinhamento dos objetivos contratualizados com as necessidades de saúde locais (modelo de seleção e negociação; quantidade reduzida de indicadores de contratualização de nível local). - Pontuação	165
Desadequação da divisão administrativa dos ACES e da sua área de abrangência (não coincide com a divisão nos outros setores e com as características epidemiológicas da população); - Pontuação	148
Reduzido conhecimento, envolvimento e compromisso nos planos e estratégias por parte dos profissionais do ACES/ULS (Conselho executivo; Conselho clínico e de saúde, diferentes unidades funcionais); - Pontuação	135

**5- Identifique as iniciativas/fatores facilitadores que poderiam contribuir para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde mais efetivas.**

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância.

Se considerar outros itens, identifique-os no final. (1-Nada importante; 5- Muito importante).

<b>Iniciativas</b>	<b>Pontuação</b>
Alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos;	275
Harmonização de conhecimentos, métodos e práticas ao nível do planeamento e estratégias em saúde (formação e benchmarking; utilização de instrumentos simples, quantificados e participados representando compromissos sociais);	266
Melhoria do grau de envolvimento e compromisso dos profissionais do ACES/ULS (Conselho Executivo, Conselho Clínico e de Saúde, diferentes unidades funcionais);	266
Aumento da autonomia administrativa, técnica e financeira dos ACES; - Pontuação	266
Alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (melhoria do modelo de seleção e negociação; aumento do número de indicadores de nível local);	265
Melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação (melhoria da informação e dados para o processo de planeamento em saúde);	265
Motivação dos diferentes intervenientes (definição de papéis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas);	263
Disponibilização de apoio técnico pelo nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Disponibilização de instrumentos, informação e dados);	262
Alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS ; - Pontuação	259
Melhoria da articulação e comunicação entre as unidades funcionais dos ACES/ULS e as instituições da comunidade (dentro e fora do setor da saúde); - Pontuação	258

Constituição e manutenção de parcerias efetivas com as instituições da comunidade (com o envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade); - Pontuação	254
Clarificação dos papéis e responsabilidades e melhoria da articulação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas; - Pontuação	246
Constituição de uma equipa técnica responsável pela liderança da elaboração e implementação dos planos e estratégias (com elementos-chave do ACES/ULS e instituições chave da comunidade); - Pontuação	246

## **ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS – COORDENADORES USP**

**2.1- Por favor identifique se atualmente exerce funções de coordenador(a) de uma Unidade de Saúde Pública:**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Sim	40	100,0	100,0	100,0

**2.2 - Por favor identifique a Administração Regional de Saúde a que pertence:**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Norte	19	47,5	47,5	47,5
Centro	6	15,0	15,0	62,5
Lisboa e Vale do Tejo	11	27,5	27,5	90,0
Alentejo	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**3.1 – Como Classifica o grau de desenvolvimento das seguintes atividades do ACES.**

### **Identificação de problemas e necessidades de saúde**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	2	4,3	4,8	4,8
3	11	23,9	26,2	31,0
4	23	50,0	54,8	85,7
5 (Muito desenvolvido)	6	13,0	14,3	100,0
Total	42	91,3	100,0	
Missing System	4	8,7		
Total	46	100,0		

### **Determinação de prioridades em saúde**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	6	13,0	14,3	14,3
3	11	23,9	26,2	40,5
4	16	34,8	38,1	78,6
5 (Muito desenvolvido)	9	19,6	21,4	100,0
Total	42	91,3	100,0	
Missing System	4	8,7		
Total	46	100,0		

### **Fixação de objetivos e metas de saúde**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	9	19,6	22,0	22,0
3	7	15,2	17,1	39,0
4	20	43,5	48,8	87,8
5 (Muito desenvolvido)	5	10,9	12,2	100,0
Total	41	89,1	100,0	
Missing System	5	10,9		

Total	46	100,0	
-------	----	-------	--

#### Existência de parcerias ativas com instituições da comunidade

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Inexistente)	2	4,3	4,8	4,8
2	8	17,4	19,0	23,8
3	12	26,1	28,6	52,4
4	13	28,3	31,0	83,3
5 (Muito desenvolvido)	6	13,0	14,3	97,6
Não sabe/ não responde	1	2,2	2,4	100,0
Total	42	91,3	100,0	
Missing System	4	8,7		
Total	46	100,0		

#### Seleção e definição de estratégias

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Inexistente)	3	6,5	7,1	7,1
2	4	8,7	9,5	16,7
3	14	30,4	33,3	50,0
4	16	34,8	38,1	88,1
5 (Muito desenvolvido)	5	10,9	11,9	100,0
Total	42	91,3	100,0	
Missing System	4	8,7		
Total	46	100,0		

#### Implementação de projetos, atividades e ações com vista à obtenção dos objetivos e metas

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Inexistente)	1	2,2	2,4	2,4
2	3	6,5	7,1	9,5
3	12	26,1	28,6	38,1
4	24	52,2	57,1	95,2
5 (Muito desenvolvido)	2	4,3	4,8	100,0
Total	42	91,3	100,0	
Missing System	4	8,7		
Total	46	100,0		

#### Monitorização e avaliação das ações, atividades e projetos em curso

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Inexistente)	2	4,3	4,8	4,8
2	2	4,3	4,8	9,5
3	13	28,3	31,0	40,5
4	23	50,0	54,8	95,2
5 (Muito desenvolvido)	2	4,3	4,8	100,0
Total	42	91,3	100,0	
Missing System	4	8,7		
Total	46	100,0		

**3.2 – No âmbito do desempenho das suas funções, no último ano consultou algum dos seguintes documentos?**

**Estratégia “Health 2020”**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nunca)	10	25,0	26,3	26,3
2 (Uma a duas vezes)	20	50,0	52,6	78,9
3 (Três a quatro vezes)	4	10,0	10,5	89,5
4 (Cinco ou mais)	3	7,5	7,9	97,4
Não sabe/não responde	1	2,5	2,6	100,0
Total	38	95,0	100,0	
Missing System	2	5,0		
Total	40	100,0		

**Plano Nacional de Saúde 2012-2016**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2 (Uma a duas vezes)	8	20,0	20,0	20,0
3 (Três a quatro vezes)	10	25,0	25,0	45,0
4 (Cinco ou mais)	22	55,0	55,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Programas de Saúde Prioritários**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2 (Uma a duas vezes)	5	12,5	12,5	12,5
3 (Três a quatro vezes)	9	22,5	22,5	35,0
4 (Cinco ou mais)	25	62,5	62,5	97,5
Não sabe/não responde	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**Plano Regional de Saúde**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2 (Uma a duas vezes)	9	22,5	22,5	22,5
3 (Três a quatro vezes)	6	15,0	15,0	37,5
4 (Cinco ou mais)	24	60,0	60,0	97,5
Não sabe/não responde	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**3.3- Como avalia a importância da elaboração de planos e estratégias de saúde de âmbito local nos ACES/ULS para a melhoria da saúde da população?**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	3	7,5	7,5	7,5
3	3	7,5	7,5	15,0
4	5	12,5	12,5	27,5
5 (Muito importante)	29	72,5	72,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**3.4- O ACES/ULS a que pertence elaborou um plano local de saúde?**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Não, ainda não se iniciou a sua elaboração.	3	7,5	7,5	7,5
Não, está em fase de elaboração.	6	15,0	15,0	22,5
Sim, mas ainda não foi publicado e divulgado.	8	20,0	20,0	42,5
Sim, está divulgado e em fase de implementação.	22	55,0	55,0	97,5
Não sabe/ não responde.	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

**3.4.2- Classifique o grau de envolvimento e compromisso na elaboração do plano local de saúde dos seguintes elementos?**

**Conselho Executivo**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	8	20,0	23,5	23,5
2	2	5,0	5,9	29,4
3	7	17,5	20,6	50,0
4	11	27,5	32,4	82,4
5 (Muito envolvido)	6	15,0	17,6	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

**Conselho Clínico e de Saúde**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	4	10,0	11,8	11,8
2	4	10,0	11,8	23,5
3	13	32,5	38,2	61,8
4	7	17,5	20,6	82,4
5 (Muito envolvido)	6	15,0	17,6	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

**Conselho da Comunidade**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	16	40,0	50,0	50,0
2	7	17,5	21,9	71,9
3	2	5,0	6,3	78,1
4	3	7,5	9,4	87,5
Não sabe/ não responde	4	10,0	12,5	100,0
Total	32	80,0	100,0	
Missing System	8	20,0		
Total	40	100,0		

**Unidade de Saúde Pública**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
3	3	7,5	8,8	8,8
4	8	20,0	23,5	32,4
5 (Muito envolvido)	23	57,5	67,6	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

**Outras unidades funcionais do ACES/ULS**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	5	12,5	15,2	15,2
2	11	27,5	33,3	48,5
3	11	27,5	33,3	81,8
4	3	7,5	9,1	90,9
5 (Muito envolvido)	3	7,5	9,1	100,0
Total	33	82,5	100,0	
Missing System	7	17,5		

Total	40	100,0		
<b>Hospital/s de referência</b>				
	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	15	37,5	45,5	45,5
2	9	22,5	27,3	72,7
3	6	15,0	18,2	90,9
5 (Muito envolvido)	3	7,5	9,1	100,0
Total	33	82,5	100,0	
Missing System	7	17,5		
Total	40	100,0		

#### **Autarquia(s) da área de abrangência do ACES/ULS**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	9	22,5	27,3	27,3
2	9	22,5	27,3	54,5
3	7	17,5	21,2	75,8
4	3	7,5	9,1	84,8
5 (Muito envolvido)	4	10,0	12,1	97,0
Não sabe/ não responde	1	2,5	3,0	100,0
Total	33	82,5	100,0	
Missing System	7	17,5		
Total	40	100,0		

#### **Outras instituições da comunidade**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhum)	10	25,0	31,3	31,3
2	9	22,5	28,1	59,4
3	6	15,0	18,8	78,1
4	3	7,5	9,4	87,5
5 (Muito envolvido)	3	7,5	9,4	96,9
Não sabe/ não responde	1	2,5	3,1	100,0
Total	32	80,0	100,0	
Missing System	8	20,0		
Total	40	100,0		

#### **3.4.3 - Como classifica o grau de implementação e execução do plano local de saúde?**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Inexistente)	3	7,5	8,8	8,8
2	7	17,5	20,6	29,4
3	17	42,5	50,0	79,4
4	6	15,0	17,6	97,1
5 (Muito desenvolvido)	1	2,5	2,9	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

#### **3.4.6 - Considera que os objetivos e metas definidos vão ser alcançados?**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Sim, na sua maioria.	15	37,5	45,5	45,5
Sim, mas apenas uma pequena parte.	15	37,5	45,5	90,9
Não, nenhuns.	1	2,5	3,0	93,9
Não sabe/não responde.	2	5,0	6,1	100,0
Total	33	82,5	100,0	
Missing System	7	17,5		

Total	40	100,0		
-------	----	-------	--	--

**3.4.7 - Classifique o grau de influência que o plano local de saúde teve nos processos de tomada de decisão , mobilização e afetação de recursos ao nível do ACES?**

**Afetação de recursos e organização dos serviços**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	10	25,0	29,4	29,4
2	6	15,0	17,6	47,1
3	11	27,5	32,4	79,4
4	2	5,0	5,9	85,3
5 (Muita influência)	4	10,0	11,8	97,1
Não sabe/não responde	1	2,5	2,9	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

**Seleção dos indicadores locais de contratualização**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	6	15,0	17,6	17,6
2	6	15,0	17,6	35,3
3	14	35,0	41,2	76,5
4	2	5,0	5,9	82,4
5 (Muita influência)	5	12,5	14,7	97,1
Não sabe/não responde	1	2,5	2,9	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

**Identificação das áreas programáticas**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	5	12,5	14,7	14,7
2	5	12,5	14,7	29,4
3	9	22,5	26,5	55,9
4	5	12,5	14,7	70,6
5 (Muita influência)	7	17,5	20,6	91,2
Não sabe/não responde	3	7,5	8,8	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

**Plano de desempenho**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	3	7,5	8,8	8,8
2	6	15,0	17,6	26,5
3	14	35,0	41,2	67,6
4	5	12,5	14,7	82,4
5 (Muita influência)	5	12,5	14,7	97,1
Não sabe/não responde	1	2,5	2,9	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

### Plano de Atividades

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	2	5,0	5,9	5,9
2	7	17,5	20,6	26,5
3	12	30,0	35,3	61,8
4	4	10,0	11,8	73,5
5 (Muita influência)	8	20,0	23,5	97,1
Não sabe/não responde	1	2,5	2,9	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

### Cartas de compromisso

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
1 (Nenhuma influência)	4	10,0	11,8	11,8
2	10	25,0	29,4	41,2
3	10	25,0	29,4	70,6
4	3	7,5	8,8	79,4
5 (Muita influência)	5	12,5	14,7	94,1
Não sabe/não responde	2	5,0	5,9	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

### 3.4.8 Como avalia o possível impacto do plano local de saúde na melhoria da saúde da população?

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
2	9	22,5	26,5	26,5
3	11	27,5	32,4	58,8
4	10	25,0	29,4	88,2
5 (Muito elevado)	4	10,0	11,8	100,0
Total	34	85,0	100,0	
Missing System	6	15,0		
Total	40	100,0		

### Identifique as principais dificuldades/obstáculos para a elaboração e implementação dos planos e estratégias locais de saúde.

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com o seu grau de influência. Se considerar outros itens, identifique-os no final. Não constitui dificuldade/obstáculo; 5 – Constitui dificuldade/obstáculo muito significativo).

Dificuldades	Pontuação
Falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes (necessidade de informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde);	163
Pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS (ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados);	155
Carência de recursos humanos; financeiros e técnicos nas organizações (Crise económico-financeira);	155
Fragmentação do planeamento e a sua dissociação com a gestão (separação entre o planeamento da saúde e o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos);	153

Pouco envolvimento efetivo das instituições da comunidade (falta de envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);	145
Desalinhamento dos objetivos contratualizados com as necessidades de saúde locais (modelo de seleção e negociação; quantidade reduzida de indicadores de contratualização de nível local).	143
Falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES;	140
Fraca motivação dos diferentes intervenientes e falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos;	137
Cultura de “planeamento de gabinete” (dificuldade em definir prioridades e objetivos adequados; pouca participação e avaliação; incapacidade de adaptação às mudanças no contexto);	127
Dificuldades de comunicação e articulação (ao nível interno e externo dos ACES/ULS e com as organizações dentro e fora do setor da saúde);	127
Falta de apoio técnico do nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Falta de disponibilização de instrumentos, informação e dados);	126
Reduzido conhecimento, envolvimento e compromisso nos planos e estratégias por parte dos profissionais do ACES/ULS (Conselho executivo; Conselho clínico e de saúde, diferentes unidades funcionais);	123
Ausência de definição e clarificação de responsabilidades e papéis nos diferentes níveis de planeamento (nacional; regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	119
Desadequação da divisão administrativa dos ACES e da sua área de abrangência (não coincide com a divisão nos outros setores e com as características epidemiológicas da população);	105

**Identifique as iniciativas/fatores facilitadores que poderiam contribuir para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde mais efetivas.**

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância.

Se considerar outros itens, identifique-os no final. (1-Nada importante; 5-Muito importante).

<b>Iniciativas</b>	<b>Pontuação</b>
Constituição de uma equipa técnica responsável pela liderança da elaboração e implementação dos planos e estratégias (com elementos-chave do ACES/ULS e instituições chave da comunidade);	180
Alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planeamento em saúde nos ACES/ ULS ;	176
Constituição e manutenção de parcerias efetivas com as instituições da comunidade (com o envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);	175
Motivação dos diferentes intervenientes (definição de papéis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas);	175
Alinhamento entre o planeamento da saúde, o planeamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos;	174
Melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação (melhoria da informação e dados para o processo de planeamento em saúde);	174
Melhoria da articulação e comunicação entre as unidades funcionais dos ACES/ULS e as instituições da comunidade (dentro e fora do setor da saúde);	171
Melhoria do grau de envolvimento e compromisso dos profissionais do ACES/ULS (Conselho Executivo, Conselho Clínico e de Saúde, diferentes unidades funcionais);	169

Harmonização de conhecimentos, métodos e práticas ao nível do planeamento e estratégias em saúde (formação e benchmarking; utilização de instrumentos simples, quantificados e participados representando compromissos sociais);	168
Alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (melhoria do modelo de seleção e negociação; aumento do número de indicadores de nível local);	166
Disponibilização de apoio técnico pelo nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Disponibilização de instrumentos, informação e dados);	165
Clarificação dos papéis e responsabilidades e melhoria da articulação entre os diferentes níveis de planeamento em saúde (nacional, regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	160
Aumento da autonomia administrativa, técnica e financeira dos ACES;	152

## **ANÁLISE CONJUNTA DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS – COORDENADORES USP e PRESIDENTES DO CONSELHO CLÍNICO**

**Identifique as principais dificuldades/obstáculos para a elaboração e implementação dos planos e estratégias locais de saúde.**

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com o seu grau de influência. Se considerar outros itens, identifique-os no final. Não constitui dificuldade/obstáculo; 5 – Constitui dificuldade/obstáculo muito significativo).

<b>Obstáculos (USP;DE; PCC)</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>D. Padrão</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Falta de autonomia administrativa, técnica e financeira ao nível dos ACES;	3,8144	4	1,193	1	5
Carência de recursos humanos; financeiros e técnicos nas organizações (Crise económico-financeira);	3,7653	4	1,138	1	5
Falta de interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação existentes (necessidade de informação e dados fidedignos para o processo de planeamento em saúde);	3,7083	4	1,169	1	5
Pouca valorização das atividades de planeamento em saúde comparativamente às restantes atividades nos ACES/ULS (ausência de recursos humanos, técnicos e financeiros alocados);	3,4737	4	1,344	1	5
Fraca motivação dos diferentes intervenientes e falta de incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidos;	3,3684	3	1,158	1	5
Fragmentação do planeamento e a sua dissociação com a gestão (separação entre o planeamento da saúde e o planeamento dos serviços de saúde, a gestão e alocação de recursos);	3,3571	3	1,270	1	5
Pouco envolvimento efetivo das instituições da comunidade (falta de envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);	3,2474	3	1,225	1	5
Falta de apoio técnico do nível nacional e regional ao planeamento em saúde dos ACES/ULS (Falta de disponibilização de instrumentos, informação e dados);	3,1263	3	1,248	1	5
Desalinhamento dos objetivos contratualizados com as necessidades de saúde locais (modelo de seleção e negociação; quantidade reduzida de indicadores de contratualização de nível local).	3,0825	3	1,344	1	5
Ausência de definição e clarificação de responsabilidades e papéis nos diferentes níveis de planeamento (nacional; regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	3,0103	3	1,203	1	5
Cultura de “planeamento de gabinete” (dificuldade em definir prioridades e objetivos adequados; pouca participação e avaliação; incapacidade de adaptação às mudanças no contexto);	2,9898	3	1,288	1	5
Dificuldades de comunicação e articulação (ao nível interno e externo dos ACES/ULS e com as organizações dentro e fora do setor da saúde);	2,9184	3	1,207	1	5

Reduzido conhecimento, envolvimento e compromisso nos planos e estratégias por parte dos profissionais do ACES/ULS (Conselho executivo; Conselho clínico e de saúde, diferentes unidades funcionais);	2,5938	3	1,120	1	5
Desadequação da divisão administrativa dos ACES e da sua área de abrangência (não coincide com a divisão nos outros setores e com as características epidemiológicas da população);	2,5361	2	1,451	1	5

**Identifique as iniciativas/fatores facilitadores que poderiam contribuir para a elaboração e implementação de planos e estratégias locais de saúde mais efetivas.**

Atribua a cada um dos seguintes itens um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância.

Se considerar outros itens, identifique-os no final. (1-Nada importante; 5-Muito importante).

<b>Iniciativas dados agregados (USP; DE; PCC)</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>D. Padrão</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Alinhamento entre o planejamento da saúde, o planejamento dos serviços, a gestão e consequente afetação de recursos;	4,6042	5	0,718	2	5
Melhoria da interoperabilidade e fidedignidade dos sistemas de informação (melhoria da informação e dados para o processo de planejamento em saúde);	4,4330	5	0,762	2	5
Motivação dos diferentes intervenientes (definição de papéis e incentivos para a obtenção dos objetivos e metas definidas);	4,4227	5	0,748	2	5
Alinhamento dos objetivos de contratualização com as necessidades e objetivos identificados ao nível local (melhoria do modelo de seleção e negociação; aumento do número de indicadores de nível local);	4,4167	5	0,804	2	5
Alocação de recursos humanos, financeiros e técnicos às atividades relacionadas com o planejamento em saúde nos ACES/ ULS ;	4,4021	5	0,862	1	5
Harmonização de conhecimentos, métodos e práticas ao nível do planejamento e estratégias em saúde (formação e benchmarking; utilização de instrumentos simples, quantificados e participados representando compromissos sociais);	4,3918	5	0,785	2	5
Melhoria do grau de envolvimento e compromisso dos profissionais do ACES/ULS (Conselho Executivo, Conselho Clínico e de Saúde, diferentes unidades funcionais);	4,3918	5	0,873	1	5
Constituição e manutenção de parcerias efetivas com as instituições da comunidade (com o envolvimento e compromisso dos parceiros chave da comunidade);	4,3854	5	0,745	2	5
Disponibilização de apoio técnico pelo nível nacional e regional ao planejamento em saúde dos ACES/ULS (Disponibilização de instrumentos, informação e dados);	4,3542	5	0,821	2	5
Melhoria da articulação e comunicação entre as unidades funcionais dos ACES/ULS e as instituições da comunidade (dentro e fora do setor da saúde);	4,3402	5	0,802	2	5
Aumento da autonomia administrativa, técnica e financeira dos ACES;	4,3229	5	0,989	1	5
Constituição de uma equipa técnica responsável pela liderança da elaboração e implementação dos planos e estratégias (com elementos-chave do ACES/ULS e instituições chave da comunidade);	4,2990	5	0,880	1	5
Clarificação dos papéis e responsabilidades e melhoria da articulação entre os diferentes níveis de planejamento em saúde (nacional, regional e local) e entre as diferentes instituições envolvidas;	4,1895	4	0,891	1	5

## Obstáculos

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,857	,860	14

## Iniciativas

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,857	,866	13

### Correlations

			dificuldades	iniciativas
Spearman's rho	dificuldades	Correlation Coefficient	1,000	,150
		Sig. (2-tailed)	.	,172
		N	89	84
	iniciativas	Correlation Coefficient	,150	1,000
		Sig. (2-tailed)	,172	.
		N	84	90

### Correlations

			dificuldades	iniciativas	Como avalia a importância da elaboração de planos e estratégias de saúde de âmbito local nos ACES/ULS para a melhoria da saúde da população?
Spearman's rho	dificuldades	Correlation Coefficient	1,000	,150	-,232 *
		Sig. (2-tailed)	.	,172	,030
		N	89	84	88
	iniciativas	Correlation Coefficient	,150	1,000	,316 **
		Sig. (2-tailed)	,172	.	,003
		N	84	90	89
	Como avalia a importância da elaboração de planos e estratégias de saúde de âmbito local nos ACES/ULS para a melhoria da saúde da população?	Correlation Coefficient	-,232 *	,316 **	1,000
		Sig. (2-tailed)	,030	,003	.
		N	88	89	110

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of dificuldades is Independent- the same across categories of Por Samples favor identifique a situação que mais se adequa às suas funções.: Kruskal- Wallis Test		,183	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

### Médias

#### Report

grupo profissional		dificuldades	iniciativas
coordenador UPS	Mean	3,4940	4,4266
	N	36	33
	Std. Deviation	,76520	,49070
	Median	3,4286	4,6154
DE; PCC; ULS	Mean	3,0889	4,3549
	N	53	57
	Std. Deviation	,67063	,50353
	Median	3,2857	4,3846
Total	Mean	3,2528	4,3812
	N	89	90
	Std. Deviation	,73391	,49730
	Median	3,3571	4,3846

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of dificuldades is the same across categories of grupo profissional.	Independent- Samples Mann-Whitney U Test	,030	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of iniciativas is the same across categories of grupo profissional.	Independent- Samples Mann-Whitney U Test	,568	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**grupo profissional \* O ACES/ULS a que pertence elaborou um plano local de saúde? Crosstabulation**

			O ACES/ULS a que pertence elaborou um plano local de saúde ?				Total
			Não, ainda não se iniciou a sua elaboração.	Não, está em fase de elaboração.	Sim, mas ainda não foi divulgado e publicado.	Sim, está divulgado e em fase de implementação.	
grupo profissional	coordenador UPS	Count % within grupo profissional	3 7,7%	6 15,4%	8 20,5%	22 56,4%	39 100,0%
	DE; PCC; ULS	Count % within grupo profissional	1 1,4%	9 12,5%	7 9,7%	55 76,4%	72 100,0%
Total		Count % within grupo profissional	4 3,6%	15 13,5%	15 13,5%	77 69,4%	111 100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,580 <sup>a</sup>	3	,087
Likelihood Ratio	6,368	3	,095
Linear-by-Linear Association	4,284	1	,038
N of Valid Cases	111		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,41.