



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Planeamento estratégico em saúde no contexto da
Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

Ana Cristina Garcia

**TESE PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTORA EM SAÚDE INTERNACIONAL
ESPECIALIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

MARÇO, 2025



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Planeamento estratégico em saúde no contexto da
Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

Autora: Ana Cristina Garcia

Orientador: Professor Doutor Paulo Ferrinho

Coorientadora: Professora Doutora Zulmira Hartz

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de doutora em Saúde Internacional, Especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento

This Agenda is a plan of action for people, planet and prosperity. It also seeks to strengthen universal peace in larger freedom. We recognize that eradicating poverty in all its forms and dimensions, including extreme poverty, is the greatest global challenge and an indispensable requirement for sustainable development.

Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, 2015

....planeamento é um processo pelo qual se decide conseguir um futuro melhor do que o presente, mudando o que é necessário para lá chegar.

Hernán Durán
In Planeamento da Saúde: aspetos Conceptuais e Operativos, 1989

Elementos bibliográficos resultantes da dissertação

Artigos

Garcia AC, Beja A, Cupertino de Barros FP, Delgado AP, Ferrinho P. The Covid-19 pandemic reinforces the need for sustainable health planning. *Int J Health Plann Manage*. 2022 Mar;37(2):643–9. DOI 10.1002/hpm.3389

Garcia AC, Beja A, Delgado AP, Raggio A, de Barros F, Lima Mendonça M da L, Dgedge M, Cardoso P. Planeamento sustentável em saúde: contributos do 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical para uma reflexão sobre termos, conceitos e características processuais e metodológicas. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. 2019 Dec 4;18:9–16. Available from: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/333>

Participação em iniciativas de divulgação científica

Comunicação oral

- Planeamento em Saúde sustentável em Portugal: perceções sobre a sua aceitabilidade, capacitação, recursos e exequibilidade, em 2019
 - XI Jornadas Científicas do IHMT-UNL, Lisboa, 10 de dezembro de 2020
 - Garcia AC, Ferrinho P. Planeamento em Saúde sustentável em Portugal: perceções sobre a sua aceitabilidade, capacitação, recursos e exequibilidade, em 2019. *In: Livro de Resumos das XI Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical [recurso eletrónico]*. Lisboa: IHMT-NOVA; 2020, p.9.

Apresentação de póster

- Questões de sustentabilidade relevantes em planeamento estratégico em saúde: uma análise de materialidade em Portugal, 2021
 - XIV Jornadas Científicas do IHMT-UNL, Lisboa, 14 de dezembro de 2023 (apresentação sob a forma de *flash poster*)
 - Garcia AC, Matos C, Correia T, Ferrinho P. Questões de sustentabilidade relevantes em planeamento estratégico em saúde: uma análise de materialidade em Portugal, 2021. *In: Livro de Resumos das XIV Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical [recurso eletrónico]*. Lisboa: IHMT-NOVA; 2023, p.30.
- Issues of high relevance for sustainable health: a validation study in Portugal, 2021
 - *7th World Congress on Public Health – a world in turmoil: opportunities to focus on the Public's Health*, Roma, Itália, 3 a 6 de maio de 2023 (a apresentação do poster esteve a cargo da Professora Doutora Inês Fronteira e foi realizada no dia 5 de maio de 2023)
 - Garcia AC, Aguiar P, Ferrinho P. Issues of high relevance for sustainable health: a validation study in Portugal, 2021. *Popul Med [Internet]*. 2023;5(Supplement). Available from: <http://www.populationmedicine.eu/Issues-of-high-relevance-for-sustainable-health-a-validation-study-in-Portugal-2021,165680,0,2.html>

- Questões de elevada relevância para a saúde sustentável: um estudo de validação em Portugal, 2021
 - XIII Jornadas Científicas do IHMT-UNL, Lisboa, 9 de dezembro de 2022 (apresentação sob a forma de *flash poster*)
 - Garcia AC, Aguiar P, Ferrinho P. Questões de elevada relevância para a saúde sustentável: um estudo de validação em Portugal, 2021. *In: Livro de Resumos das XIII Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* [recurso eletrónico]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2022. p.51.

- Planeamento em saúde sustentável: os desafios evidenciados pela pandemia de COVID-19
 - XII Jornadas Científicas do IHMT-UNL, Lisboa, 10 de dezembro de 2021 (apresentação sob a forma de *flash poster*)
 - Garcia AC, Beja A, Cupertino de Barros F, Delgado AP, Ferrinho P. Planeamento em saúde sustentável: os desafios evidenciados pela pandemia de COVID-19. *In: Livro de Resumos das XII Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* [recurso eletrónico]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2021. p.39.

- Planeamento sustentável em saúde: percepções sobre termos, conceitos e características processuais e metodológicas
 - X Jornadas Científicas do IHMT-UNL, Lisboa, 12 de dezembro de 2019
 - Garcia AC, Beja A, Cupertino de Barros FP, Delgado AP, Ferrinho P. Planeamento sustentável em saúde: percepções sobre termos, conceitos e características processuais e metodológicas. *In: Livro de Resumos das X Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* [recurso eletrónico]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2019. p.30.

- Análise da materialidade: abordagens no planeamento sustentável em saúde
 - 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical - Políticas e Serviços de Saúde, Lisboa, 10 a 12 de Abril 2019
 - Garcia AC, Ferrinho P. Análise da materialidade: abordagens no planeamento sustentável em saúde. (Resumo não publicado)

- Planeamento estratégico em saúde no contexto da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* – protocolo de investigação
 - IX Jornadas Científicas do IHMT-UNL, Lisboa, 12 de dezembro de 2018
 - Garcia AC, Hartz, Z, Ferrinho P. Planeamento estratégico em saúde no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável – protocolo de investigação. (Resumo não publicado)

Aos meus filhos, Vanessa e Carlos

Agradecimentos

Aos meus Orientadores

Ao Professor Doutor Paulo Ferrinho,
pelos ensinamentos, orientação, incentivo nos momentos mais difíceis e por ter sempre acreditado

À Professora Doutora Zulmira Hartz,
pelo muito que me ensinou, apoiou e motivou

À minha Equipa Tutorial

Ao Professor Doutor Fernando Cupertino e ao Doutor Carlos Matias Dias,
pela disponibilidade, apoio e incentivo

À minha Família

Aos meus Pais, Céu e Júlio, e aos meus Filhos, Vanessa e Carlos,
pelo carinho, incentivo, por nunca terem deixado de acreditar e pela aceitação sorridente das ausências que não consegui evitar

Ao Carlos Oliveira,
pelo entusiasmo contagiante quando me apresentou o tema do desenvolvimento sustentável e pelo apoio quando mais precisei

Ao Edgar Fonseca,
pelo acompanhamento permanente e motivador

Às minhas irmãs, Clarisse e Alexandra,
pelo incentivo e apoio na reta final

Aos Amigos e Colegas de hoje

Ao André Beja,
Pela presença e ensinamentos ao longo de todo o percurso, pelo ZOTERO e pela disponibilidade e apoio inextinguíveis na reta final

À Elaine Vieira,
por me substituir no cuidar e sem ser preciso pedir

À Carolina Teixeira,
pelos prudentes conselhos sem nunca deixar de animar e motivar

À Cláudia Conceição,
pelas mensagens motivadoras sem data marcada mas sempre oportunas

À Ana Paula Rodrigues e à Mafalda Sousa Uva,
por estarem sempre disponíveis quando preciso

À Rita Roquette,
pelo desenvolvimento dos questionários em formato digital e pela
amizade mesmo quando distantes

À Luísa Rocha, Manuela Felício, Gabriela Machado, Carlos Matos, Rita Viegas,
Mara Freitas, Maria Marques, Ana Varão, Marta Pingarrilho, Fátima Quitério,
por estarem comigo, de uma forma ou outra

À Dra. Ana Maria Santos Silva e ao Dr. Pedro Serrano,
outros Mestres ao longo do caminho

Aos Investigadores das equipas que trabalharam neste projeto,
por tornarem tão gratificante o trabalho em equipa

Aos Profissionais de Saúde Pública dos serviços operativos de Saúde Pública e
à Comissão de Acompanhamento do PNS 2030,
pela disponibilidade na recolha de dados

Neste percurso de alguns anos, fui privilegiada com o apoio e o incentivo de outros
Colegas e Amigos que, com o passar do tempo, foram ficando fisicamente distantes,
mas sempre próximos na minha gratidão. A todos, muito obrigada.

RESUMO

A necessidade de aprofundar o conhecimento quanto à potencial contribuição do planeamento estratégico em saúde para o aumento do nível de saúde das populações e o fortalecimento dos sistemas de saúde no paradigma do desenvolvimento sustentável e quadro concetual e operacional da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, tem sido expressa em Portugal e no mundo. Ciente desse potencial, mas, também, da complexidade em ajustar o planeamento ao modelo de desenvolvimento humano vigente e, simultaneamente, aos desafios crescentes que se têm colocado à saúde nas últimas décadas, com particular atenção para os inerentes à pandemia de COVID-19, foi desenhada esta investigação com o objetivo geral de contribuir para a construção de um modelo de planeamento estratégico em saúde aos níveis nacional e internacional, em conformidade com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e os princípios, valores e objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Optando-se por uma abordagem metodológica de métodos mistos com dominância qualitativa, procurou-se responder à pergunta de investigação recorrendo à estratégia de estudo de caso, centrada no planeamento estratégico em saúde enquanto caso. Os resultados globais da investigação emergiram da integração dos resultados de quatro estudos específicos – um estudo qualitativo, dois estudos quali-quantitativos e um estudo quantitativo –, desenvolvidos para dar resposta a quatro objetivos específicos. Foram utilizados dados primários recolhidos por observação participativa, análise documental e questionários, e secundários recolhidos por revisão da literatura e análise documental. Analiticamente, recorreu-se a análise documental, análise temática, análise estatística univariada, análise estatística para cálculo do coeficiente alfa de Cronbach e análise da materialidade.

Os resultados mostraram de forma convergente que a mobilização social e das comunidades no processo de planeamento em saúde parece ser facilitador da seleção e implementação de estratégias de saúde no contexto do desenvolvimento sustentável, o que foi reforçado pela pandemia de COVID-19, parecendo urgente a consensualização da nomenclatura inerente ao planeamento em saúde sustentável. O modelo GAPFRAME, um dos instrumentos de apoio à operacionalização do processo de planeamento, foi adaptado para Portugal e avaliado quanto à consistência interna das suas dimensões através do coeficiente alfa de Cronbach, que se mostrou entre alta e muito alta. Sendo utilizado como referencial de uma análise da materialidade, foi possível priorizar questões de sustentabilidade percecionadas como de elevada relevância para a elaboração e implementação de planos de saúde sustentável por todos os setores da sociedade em Portugal. A análise da materialidade revelou, ainda, um potencial interessante na mobilização de toda a sociedade na priorização estratégica. Por outro lado, os profissionais de saúde pública expressaram uma perceção favorável quanto à aceitação do processo de planeamento em saúde sustentável por profissionais, sociedade civil e população, mas menos favorável em relação à capacitação, tempo dedicado e disponibilidade de recursos humanos e financeiros para a prática ao nível subnacional, comprometendo a sua exequibilidade, embora com possibilidade de reversão. Conclui-se que com desenvolvimentos metodológicos adequados, o planeamento em saúde adaptado à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é aceitável, exequível e desejável para garantir o contributo do setor da saúde para a consecução dessa Agenda.

Palavras-Chave (5)

Planeamento estratégico em saúde

Desenvolvimento sustentável

Estudo de caso

Análise da materialidade

Mobilização social

ABSTRACT,

The need to deepen knowledge regarding the potential contribution of strategic health planning to increasing the health level of populations and strengthening health systems in the paradigm of sustainable development and the conceptual and operational framework of the 2030 Agenda for Sustainable Development, has been expressed in Portugal and around the world. Aware of this potential, but also of the complexity of adjusting planning to the current human development model and, simultaneously, to the growing challenges that have faced health over the decades, with particular attention to those inherent to the COVID-19 pandemic, this research project was designed with the general objective of contributing to the construction of a strategic health planning model at national and international levels, in accordance with the conceptual model of sustainable development and the principles, values and objectives of the 2030 Agenda for Sustainable Development.

Opting for a methodological approach of mixed methods with qualitative dominance, we sought to answer the research question using the case study strategy, centred on strategic health planning as a case. The overall research results emerged from the integration of the results of four specific studies – one qualitative study, two qualitative-quantitative studies and one quantitative study -, developed to meet four specific objectives. Primary data collected through participatory observation, document analysis and questionnaires were used, and secondary data collected through literature review and document analysis. Analytically, document analysis, thematic analysis, univariate statistical analysis, statistical analysis to calculate Cronbach's alpha coefficient and materiality analysis were used.

The results convergently showed that social and community mobilization in the health planning process appears to facilitate the selection and implementation of health strategies in the context of sustainable development, which was reinforced by the COVID-19 pandemic, making it urgent to consensus on the nomenclature inherent to sustainable health planning. The GAPFRAME model, one of the instruments to support the operationalization of the planning process, was adapted for Portugal and evaluated for the internal consistency of its dimensions using Cronbach's alpha coefficient, which was found to be between high and very high. Being used as a framework for a materiality analysis, it was possible to prioritize sustainability issues perceived as highly relevant for the development and implementation of sustainable health plans by all sectors of society in Portugal. The analysis of materiality also revealed an interesting potential in mobilizing the entire society in strategic prioritization. On the other hand, public health professionals expressed a favourable perception regarding the acceptance of the sustainable health planning process by professionals, civil society and the population, but less favourable in relation to training, dedicated time and availability of human and financial resources for the practice at the subnational level, compromising its viability, although with the possibility of reversal. It is concluded that with adequate methodological developments, health planning adapted to the 2030 Agenda for Sustainable Development is acceptable, viable and desirable to guarantee the contribution of the health sector to the achievement of this Agenda.

Keywords (5)

Strategic health planning

Sustainable development

Case study

Materiality analysis

Social mobilization

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
1.1. Planeamento e planeamento em saúde: enquadramento.....	1
1.1.1. O conceito de planeamento em saúde	2
1.2. Necessidade do planeamento em saúde.....	3
1.3. Tipos de planeamento em saúde	4
1.3.1. Planeamento estratégico em saúde	5
1.4. Planeamento em saúde, implementação e avaliação	6
1.4.1. O Planeamento em saúde como prática.....	8
1.5. O desenvolvimento sustentável e o planeamento estratégico em saúde.....	11
1.5.1. Transformando o nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.....	12
1.5.2. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o planeamento estratégico em saúde.....	15
1.6. Planeamento em saúde em Portugal	17
1.6.1. 1º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Saúde um compromisso: uma estratégia para o virar do século 1998-2002	18
1.6.2. 2º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde 2004-2010.....	19
1.6.3. 3º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e sua extensão a 2020.....	21
1.6.4. 4º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável, de tod@s para tod@s	23
1.7. Problema e justificação do estudo	25
1.8. Modelo lógico da investigação	30
1.9. Objetivos do estudo	34
1.9.1. Objetivo geral.....	34
1.9.2. Objetivos específicos.....	34
2. Material e Métodos.....	36
2.1. Abordagem metodológica, estratégia de investigação e desenho do estudo	36
2.2. Recolha e análise de dados: abordagem geral	38
2.3. Estratégias de recolha e de análise de dados	39
2.3.1. Estudo Específico 1	42
2.3.2. Estudo Específico 2	46
2.3.3. Estudo Específico 3	55
2.3.4. Estudo Específico 4	58
2.4. Estratégia de análise do <i>estudo de caso</i>	60
2.5. Considerações éticas.....	61
3. Resultados.....	63
3.1. Conceitos, instrumentos e características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde sustentável	63
3.1.1. Desafios concetuais, processuais e metodológicos debatidos no 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical: uma perspetiva internacional	63
3.1.2. Desafios concetuais, processuais e metodológicos evidenciados pela pandemia de COVID-19.....	75
3.1.3. Instrumentos de apoio à prática do planeamento em saúde sustentável. 78	

3.2. Consistência interna de um referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal	81
3.2.1. Referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância adaptado a Portugal	81
3.2.2. Avaliação da consistência interna do referencial adaptado a Portugal através do coeficiente alfa de Cronbach.....	83
3.3. Questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde de base populacional em Portugal, identificadas e priorizadas por uma análise da materialidade.....	95
3.3.1. Caracterização da população participante no estudo da materialidade ..	95
3.3.2. Análise univariada das pontuações atribuídas pelas subpopulações participantes.....	96
3.3.3. Análise da materialidade	99
3.4. Exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, em Portugal.....	107
3.4.1. Caracterização da população	107
3.4.2. Formação profissional e experiência profissional em planeamento em saúde.....	109
3.4.3. Aceitabilidade, capacitação, recursos e exequibilidade.....	110
4. Discussão e Conclusões.....	116
4.1. Conceitos e características processuais e metodológicas do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável	117
4.1.1. Perceções sobre termos e conceitos.....	118
4.1.2. Abordagens participativas do planeamento em saúde e condições de implementação.....	120
4.2. Instrumentos de apoio ao planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável	124
4.2.1. Referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde sustentável adaptado a Portugal.....	124
4.2.2. Avaliação da consistência interna do referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde sustentável adaptado a Portugal, através do coeficiente alfa de Cronbach	125
4.3. Questões de sustentabilidade e planeamento estratégico em saúde	127
4.3.1. Análise da materialidade	129
4.4. Exequibilidade do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável	130
4.5. Conclusões.....	131
5. Referências bibliográficas	132
6. Glossário	148
7. Anexos	156

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Principais etapas do processo de planeamento em saúde, respetivos documentos resultantes e relação com os processos de implementação e de avaliação...	7
Figura 2. Cinco dimensões interrelacionadas da prática profissional	10
Figura 3. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	12
Figura 4. Os 5 pilares da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (the 5 Ps)13	
Figura 5. Quadro de referência da investigação	31
Figura 6. O modelo GAPFRAME	33
Figura 7. Referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde, adaptado do modelo GAPFRAME	48
Figura 8. Distribuição dos membros da população em estudo por setor de atividade ...	50
Figura 9. Distribuição dos membros da população em estudo por área específica de atividade	51
Figura 10. Representação esquemática da relação lógica entre os objetivos da investigação, os estudos específicos realizados e os resultados parcelares e globais....	64
Figura 11. Questões de sustentabilidade relevantes para todos os países e áreas de atividade, segundo o modelo GAPFRAME	79
Figura 12. Distribuição da população respondente por área específica de trabalho, Portugal, 2021.....	85
Figura 13. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Sociedade, Portugal, dezembro 2021	86
Figura 14. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Economia, Portugal, dezembro 2021	86
Figura 15. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Planeta, Portugal, dezembro 2021	87
Figura 16. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Governança, Portugal, dezembro 2021	87
Figura 17. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por dimensão de sustentabilidade do referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal	90
Figura 18. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade da dimensão Sociedade, Portugal, dezembro 2021.....	91
Figura 19. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade na dimensão Economia, Portugal, dezembro 2021	91
Figura 20. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade da dimensão Planeta, Portugal, dezembro 2021	92
Figura 21. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade da dimensão Governança, Portugal, dezembro 2021	92
Figura 22. Distribuição dos coeficientes alfa de Cronbach por dimensão de sustentabilidade e para a totalidade das questões do referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde e bem-estar (calculados com base nos itens padronizados).....	94

Figura 23. Matriz de materialidade que contrasta as pontuações médias obtidas entre os <i>stakeholders</i> da área da saúde e o conjunto dos <i>stakeholders</i> externos à saúde, por questão de sustentabilidade, Portugal, 2021	105
Figura 24. Matrizes de materialidade que contrastam as pontuações médias obtidas entre os <i>stakeholders</i> da área da saúde e os <i>stakeholders</i> de áreas sociais externas à saúde (à esquerda); e os <i>stakeholders</i> da área da saúde e os <i>stakeholders</i> dos setores económico e, ou ambiental (à direita), por questão de sustentabilidade, Portugal, 2021	106
Figura 25. Distribuição da proporção (%) de profissionais de saúde pela perceção quanto à aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável, por grupo populacional, Portugal, 2019	111
Figura 26. Distribuição da proporção (%) de profissionais de saúde pela perceção quanto à capacitação para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável, em termos de conhecimentos e de instrumentos, Portugal, 2019	112
Figura 27. Distribuição da proporção (%) de profissionais de saúde pela perceção quanto à existência ou não de recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, por tipo de recurso, Portugal, 2019	113
Figura 28. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela perceção quanto à exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, Portugal, 2019	115

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Matriz de categorias de análise, fontes dos dados analisados e técnicas de análise utilizadas em cada categoria e subcategoria.....	41
Quadro 2. Escala tipo Likert para medição do grau de importância, grau de aceitabilidade, grau de utilidade e grau de exequibilidade.....	52
Quadro 3. Perguntas-base da Parte II do <i>questionário – questões de sustentabilidade</i> aplicado nos Estudos Específicos 2 e 3	54
Quadro 4. Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente alfa de Cronbach.....	55
Quadro 5. Referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal, com base no modelo GAPFRAME	82
Quadro 6. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) da população respondente por setor de atividade/representação, Portugal, dezembro 2021	84
Quadro 7. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) da população respondente por setor de atividade segundo o tipo de entidade empregadora/representada, Portugal, dezembro 2021.....	84
Quadro 8. Parâmetros de tendência central, desvio padrão e frequências acumuladas (%) acima do valor 8 das pontuações atribuídas ao grau de importância percebida das questões de sustentabilidade, por dimensão e por questão, Portugal, dezembro 2021...	89
Quadro 9. Coeficiente alfa de Cronbach para todas as dimensões e por dimensão de sustentabilidade do referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal, dezembro 2021	93
Quadro 10. Resultados da apreciação da confiabilidade do coeficiente alfa de Cronbach para todas as dimensões e por dimensão de sustentabilidade, dezembro 2021	94
Quadro 11. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) da população respondente no estudo da materialidade, por setor de atividade/representação, Portugal, dezembro 2021	96
Quadro 12. Parâmetros de tendência central e desvio padrão das pontuações atribuídas ao grau de importância por questão de sustentabilidade, em cada dimensão, por área de representação dos <i>stakeholders</i> (saúde ou externa à saúde), Portugal, dezembro 2021.	98
Quadro 13. Pontuações médias segundo a percepção dos <i>stakeholders</i> quanto ao grau de relevância de 32 questões de sustentabilidade, por subgrupo populacional, Portugal, dezembro 2021	100
Quadro 14. Listagem das questões de sustentabilidade por grau de relevância, por ordem decrescente, segundo a percepção dos <i>stakeholders</i> da área da saúde, e posição ocupada nas listagens das outras subpopulações, Portugal, dezembro 2021	102
Quadro 15. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das variáveis de caracterização demográfica e profissional da população participante no Estudo Específico 4, Portugal, 2019.....	108
Quadro 16. Distribuição da população participante no estudo por profissão e região de saúde, Portugal, 2019	109
Quadro 17. Distribuição de frequências relativas (%) da duração de prática em planeamento em saúde, por atividade de planeamento, Portugal, 2019	110
Quadro 18. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável, por grupo populacional, Portugal, 2019	111

Quadro 19. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela capacitação dos profissionais e dos serviços para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável, em termos de conhecimentos e de instrumentos, Portugal, 2019	112
Quadro 20. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela perceção quanto à existência ou não de recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, por tipo de recurso, Portugal, 2019.....	113

SIGLAS E ABREVIATURAS

5CNMT	5º Congresso Nacional de Medicina Tropical
AB	André Beja
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACG	Ana Cristina Garcia
Agenda 2030	Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável
APD	António Pedro Delgado
APEE	Associação Portuguesa de Ética Empresarial
AR	Armando Raggio
ARS	Administração Regional de Saúde
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CES-INSA	Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.
CESP	Curso de Especialização em Saúde Pública ministrado em Portugal
CM	Carlos Matos
CNMT	Congresso Nacional de Medicina Tropical
COVID-19	Doença causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTEPNS	Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
EE	Estudo específico
ELSA	Estratégias Locais de Saúde
FCB	Fernando Cupertino de Barros
GRI	Global Reporting Initiative
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.
IPQ	Instituto Português da Qualidade
ISO	International Organization for Standardization
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MD	Martinho Dgedge
MLM	Maria da Luz Mendonça
NHS	National Health Service
NR	Notas do relator
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE	Objetivo específico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pedro Aguiar
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PC	Plácido Cardoso
PCSD	Policy Coherence for Sustainable Development
PDF	Portable Document Format
PF	Paulo Ferrinho
PLS	Plano Local de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
RAM	Região Autónoma da Madeira
REDCap	Research Electronic Data Capture
SARS-CoV2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tiago Correia
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
UA	Unidades de análise
ULS	Unidades Locais de Saúde
UNGC	United Nations Global Compact
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
WBCSD	World Business Council of Sustainable Development
WHO	World Health Organization

1. Introdução

1.1. Planeamento e planeamento em saúde: enquadramento

O valor do planeamento em saúde no apoio à tomada de decisão no âmbito da procura da melhoria do estado de saúde das populações, assim como os modelos e metodologias adotados na sua aplicação, têm variado ao longo do tempo, em Portugal e no mundo (1–7).

No setor empresarial, o planeamento corresponde a uma das funções essenciais da gestão das organizações desde o início do século XX (8), a par, à data, das funções de organização, liderança e controlo (8,9). Neste domínio, o planeamento tem sido definido como um processo complexo e abrangente, constituído por diversas fases e etapas interrelacionadas que visam, no seu conjunto, definir os objetivos da empresa, estabelecer as estratégias para o alcance desses objetivos e desenvolver planos que integram e coordenam as atividades a executar (8,9). Considerada a “função básica da gestão”(8, p.205), o planeamento providencia a direção da empresa e comunica-a tanto interna como externamente, reduz a incerteza pela sua natureza antecipatória, potencia a minimização da redundância e do desperdício, e estabelece o referencial para a função de controlo (8,9).

Dos setores empresariais e económicos, o processo de planeamento foi sendo adaptado e progressivamente utilizado nos setores sociais (1,2,10,11). Ao longo do tempo, diversas organizações internacionais têm colaborado na dinamização do seu uso e do desenvolvimento de modelos e métodos específicos, com destaque, na saúde, para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2,12).

Em 1969, nas Primeiras Jornadas da Sociedade Portuguesa de Medicina Tropical, Francisco Cambournac recorda que a “... planificação sanitária foi tomada em consideração por quatro comissões de peritos daquela Organização [referência à OMS] em matéria de administração de Saúde Pública . . .”(10, p.420), desde 1951. Os trabalhos das comissões foram publicados em 1967, definindo-se, num dos seus relatórios, os “. . . métodos práticos aplicáveis ao nível nacional para a elaboração de planos a longo prazo que permitiriam desenvolver racionalmente serviços de saúde eficazes.”(10, p.421) Foi, também, realçado que “em todos os países, qualquer que seja o seu regime social e económico, a planificação sanitária é um elemento essencial do desenvolvimento

nacional e da política nacional de saúde incumbindo aos administradores de saúde pública convencer os poderes públicos da necessidade de destinar fundos suficientes para o desenvolvimento racional dos serviços.”(10, p.421)

Também Imperatóri e Giraldes (2) destacam o esforço pioneiro da OMS na aplicação do planeamento ao setor da saúde. É principalmente a partir da década de 1960, que o planeamento, enquanto processo, começa a ser utilizado no campo da saúde, mas de forma muito diversa entre continentes e países, no que respeita à nomenclatura usada, ao percurso seguido, aos modelos, métodos e técnicas adotados, e ao grau da sua utilização como instrumento de apoio à decisão (1–5,10–13). Imperatóri e Giraldes (2) salientam o impulso dado pela 30ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, e pela Conferência de Alma-Ata, em 1978. O planeamento em saúde é, então, apontado como uma área instrumental adequada à expressão das políticas e objetivos de saúde dos países e à sua tradução em ações de desenvolvimento, sendo recomendado aos governos o investimento no desenvolvimento de métodos apropriados de gestão para planear e implementar os Cuidados de Saúde Primários (2). Portugal foi um dos países a experimentar a metodologia de planeamento em saúde promovida, no final da década de 1970, pela OMS, sob a designação de *country health program* (2,12).

1.1.1. O conceito de planeamento em saúde

O termo *planeamento em saúde* tem sido aplicado a diferentes conceitos, desde os de maior abrangência até aos de abrangência setorial ou específica (7). De entre os que pretendem abranger a totalidade do processo, Cambournac (10) defende que a “planificação sanitária compreende, por um lado, toda a sequência de operações que conduzem à elaboração e à apresentação de um plano de acção [*sic*] sanitária.”(10, p.422)

Conceptualmente, Pineault e Daveluy (1) definiram:

“Planeamento em saúde [como] o processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários para conseguir determinados objetivos segundo uma ordem de prioridades estabelecida, permitindo eleger a ou as soluções ótimas entre muitas alternativas, tendo em consideração o contexto de dificuldades, internas e externas, conhecidas atualmente ou previsíveis no futuro.”(1, p.14)

Imperatóri e Giraldes (2) acrescem a uma definição análoga que o processo de planeamento implica “a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”(2, p.23) Hernán Durán (3) salientou o papel que a população deve

ocupar no processo de planeamento em saúde, defendendo que o mesmo pretende “conseguir . . . os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição.”(3, p.19)

Nas definições de maior abrangência, implícita ou explicitamente, são comuns as referências ao carácter processual do planeamento, à finalidade última de melhorar a saúde das populações, à necessidade de fazer escolhas, à racionalização de recursos, bem como à preferência por abordagens multissetoriais e que integrem a própria população. Em comum com o conceito de planeamento dos demais setores, sociais ou económicos, ressalta o potencial para provocar ou antecipar mudanças numa direção desejada (1–3,8–10), para “gerir o futuro em vez de o deixar ser guiado pelo destino”(9, p.117), ou para provocar “um futuro melhor do que o presente, mudando o que é necessário para lá chegar.”(3, p.19)

1.2. Necessidade do planeamento em saúde

A importância crescente do planeamento em saúde data de há várias décadas, tendo acompanhado, por um lado, os desafios da transição epidemiológica e demográfica e, por outro, o aumento paralelo da exigência dos recursos e da complexidade das intervenções necessárias à promoção, proteção e manutenção da saúde, à prevenção e controlo da doença e da morte evitável e prematura das populações (2,3), à palição do sofrimento e ao alcance dum estado de bem-estar.

Os motivos subjacentes ao interesse crescente pelo planeamento no setor da saúde têm variado ao longo do tempo, a par do desenvolvimento do processo. Em 1974, Lopes Dias salientava como razões para o planeamento em saúde a oportunidade de colocar a saúde na agenda das prioridades nacionais, adaptar os serviços a modificações constantes e responder à crescente especialização profissional então em curso (2). Outros motivos parecem ser intemporais: a necessidade de utilizar recursos, sempre escassos face às necessidades, de forma eficaz e eficiente; a racionalidade da intervenção nos fatores causais dos problemas a nível populacional; a necessidade de definir prioridades e de evitar intervenções isoladas; o preço elevado das infraestruturas, tecnologias e equipamentos usados na prestação de cuidados; e as vantagens do uso polivalente de equipamentos (2).

Schmets et al (13) defendem que os países são cada vez mais desafiados por transformações sociais e as novas expectativas que lhe estão associadas, demográficas e

epidemiológicas, potenciadas pela globalização, a urbanização e o envelhecimento das populações, não antecipadas nas décadas anteriores. Acrescendo as recentes ameaças à saúde global decorrentes da emergência ou reemergência de doenças transmissíveis altamente letais, e os sucessivos e diversos desafios que se colocam aos sistemas de saúde de todos os países resultantes de novas tecnologias (e de potenciais complicações que lhe estão associadas, como a resistência antimicrobiana) e de comunidades mais atentas e expectantes, o nível de prioridade do desenvolvimento de processos de planeamento e implementação, focados na melhoria do estado de saúde e no fortalecimento dos sistemas de saúde, tem vindo a aumentar (13). O desenho de políticas, estratégias e planos de saúde “robustos, realistas, abrangentes, coerentes e equilibrados”(13, p.3) emerge como “absolutamente crítico no século XXI”(13, p.4), sendo recomendado por todos os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (5).

Por outro lado, o paradigma do desenvolvimento sustentável, formalizado em 1987 através do Relatório Brundtland - Our Common Future – (14), e os desafios da sua operacionalização através da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (15), têm gerado necessidades conceptuais e metodológicas específicas ao planeamento em saúde. As recomendações internacionais apontam para o reforço e adaptação dos modelos de planeamento, em todos os setores e a todos os níveis, a um referencial baseado nos três pilares do desenvolvimento sustentável – ambiental, social e económico -, por forma a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em todos os países (15,16).

1.3. Tipos de planeamento em saúde

De acordo com o critério *nível ou a extensão do processo* (1), o planeamento em saúde é habitualmente classificado em quatro tipos: normativo, estratégico, tático e operacional (1–4).

A finalidade e a natureza dos objetivos a atingir e das decisões a tomar são diferentes em cada nível, bem como os prazos em que se enquadram estes elementos (1–4). O planeamento normativo ou político, situado ao nível de maior amplitude, tem por finalidade indicar as orientações gerais a adotar face à missão de uma entidade ou organismo (1). O planeamento estratégico ocupa-se das grandes decisões e orientações, que constituirão um “. . . marco de referência . . .”(2, p.26) para os tipos de planeamento de menor extensão e maior detalhe – os planeamentos tático e operacional -, de forma a

dar coerência às decisões durante o horizonte temporal do respetivo ciclo de planeamento estratégico (1,2). Pelo seu potencial, o planeamento estratégico é considerado um elemento nuclear da gestão estratégica em saúde (6,12,17).

1.3.1. Planeamento estratégico em saúde

O planeamento estratégico em saúde pode ser definido como o processo através do qual se fixam prioridades acordadas e orientações estratégicas para o setor da saúde, tendo em consideração a realidade organizacional, incluindo os constrangimentos decorrentes dos recursos existentes (1,4). Ferrinho et al (17) sintetizaram o conceito de planeamento estratégico no setor da saúde como “o conjunto de orientações definidoras das estratégias para, de uma forma coerente e consonante com políticas vigentes, e através de programas ou projetos, obter ganhos em saúde num certo espaço e em determinado período.”(17, p.73)

A estratégia é o elemento essencial do planeamento estratégico (1), sendo entendida como o conjunto de grandes linhas de ação destinadas a alcançar um conjunto de objetivos estabelecidos no contexto de uma política ou programa, num país (18). Embora o planeamento estratégico tenha sido conotado com o nível geográfico nacional, ao invés do tático (relacionado com o nível regional) e do operacional (relacionado com o nível local), Pineault e Daveluy (1) alertam que o critério *nível* se refere à extensão do processo, e consideram que o mais importante é “seguir a ordem de hierarquização segundo a qual estes níveis se estabelecem em relação a diferentes tipos de objetivos e às relações lógicas que existem entre eles.”(1, p.17) Imperatóri e Giraldes (2) consideram adequado elaborar planos estratégicos, táticos e operacionais em cada um dos níveis geográficos, do nacional ao subnacional, seja regional ou local. Para Rohrer (19), o planeamento em saúde ao nível subnacional pode oferecer uma multiplicidade de vantagens e ser visto como um ativo potencial para o planeamento ao nível nacional.

Segundo a OMS (20) “a maioria dos países tem usado o desenvolvimento de políticas, estratégias e planos nacionais de saúde há décadas, para dar direção e coerência aos seus esforços para melhorar a saúde”(20, p.2), reforçando mais tarde que políticas, estratégias e planos “devem articular finalidades, objetivos e áreas amplas de atividade para o setor da saúde de forma abrangente, equilibrada e coerente.”(21, p.259)

O planeamento estratégico em saúde pode ser baseado em diferentes modelos, de acordo com critérios específicos, entre os quais os que distinguem a perspetiva populacional -

que tem como primeiro e principal objeto uma determinada população beneficiária ou de estudo, partindo das necessidades de saúde dessa população - da institucional (também chamada organizacional) - em que a organização é o centro do processo (1). A experiência mostra, contudo, que os processos de planeamento raramente assumem a forma mais pura de cada uma das referidas perspetivas, sendo, antes, geralmente mistos (1). Em 2012, Pineault (22) reforça que o planeamento de base populacional apresenta elevado grau de adequação não só na resposta ampla às necessidades de saúde das populações, mas, também, à gestão dos sistemas de saúde.

Ferrinho e Guerreiro (17), num estudo de análise comparativa das estratégias ou planos nacionais de saúde de 24 países europeus membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) realizado em 2015, evidenciam as diferenças entre os respetivos modelos de planeamento estratégico em saúde. Este estudo permitiu identificar diferenças entre os países com sistemas de saúde tendencialmente *beveridgianos versus os bismarkianos*, e, nos países com sistema de saúde semelhante, diferenças quanto ao modelo lógico do processo de planeamento, ao grau de participação dos setores externos à saúde, ao grau de participação dos níveis subnacionais e à nomenclatura usada (17). No que diz respeito à alocação de responsabilidades de planeamento por níveis geográficos, Crisp (7) realça, também, a diferença observada entre países.

1.4. Planeamento em saúde, implementação e avaliação

O planeamento em saúde é considerado um processo contínuo e dinâmico, constituído por uma série de etapas sequenciais segundo uma cadeia lógica que se inicia num diagnóstico e culmina na avaliação das intervenções executadas segundo o planeado (1–5,8–10).

A Figura 1 apresenta, numa adaptação de Imperatóri e Giraldes (2), as principais etapas do processo de planeamento em saúde. Pese embora a lógica subjacente, na prática, as várias etapas do processo intersectam-se ou sobrepõem-se ao longo do tempo, incrementando o valor e a complexidade do processo (1,2).

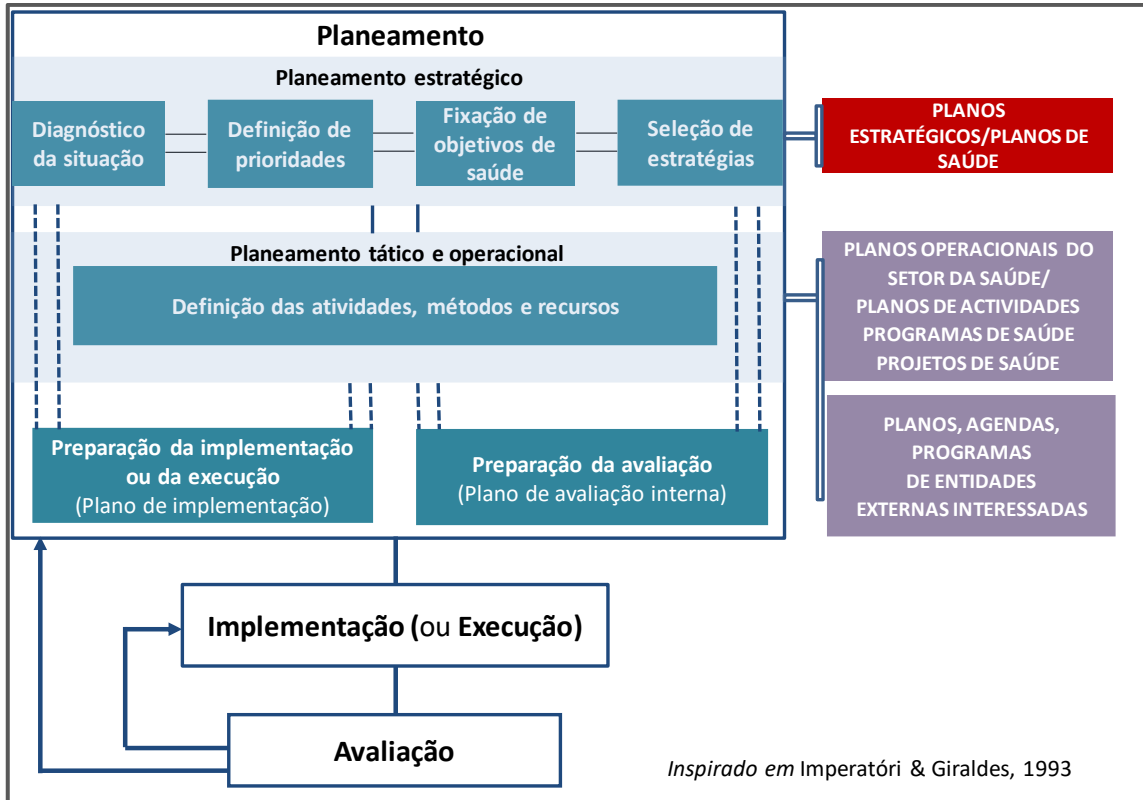


Figura 1. Principais etapas do processo de planeamento em saúde, respetivos documentos resultantes e relação com os processos de implementação e de avaliação

O diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos de saúde e a seleção das estratégias são consideradas as etapas *major* do planeamento estratégico (1,2). Com base no modelo de Imperatóri e Giraldes (2), a Figura 1 relaciona o planeamento com a implementação e a avaliação. A relação entre planeamento estratégico e implementação, entendida como o processo através do qual as estratégias são colocadas em ação (23), tem sido considerada de importância fundamental para o sucesso do planeamento (4,7).

O grau de implementação tem variado entre países e no próprio país em diferentes momentos, em função de múltiplos fatores (4–7,11,20).

A avaliação, entendida como o processo de apreciação sistemática e objetiva de um projeto, programa ou política, em curso ou concluído, do seu desenho, da sua implementação e seus resultados (24), é considerada uma medida de elevado valor para a melhoria contínua do processo e resultados do planeamento, através da incorporação das recomendações dos projetos avaliativos nos ciclos de planeamento seguintes (4–7,25–29).

A estes modelos lógicos podemos contrapor outros modelos incrementalistas, particularmente úteis em contextos de grande incerteza, como ocorreu durante a recente pandemia de COVID-19 (doença causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2) (30).

1.4.1. O Planeamento em saúde como prática

A relação entre *planeamento baseado na evidência* e a *prática* tem sido alvo de destaque crescente nas últimas décadas, levando alguns autores a considerarem o *planeamento como prática do conhecimento (planning as practice of knowing)* (31).

Do ponto de vista processual, a operacionalização do planeamento em saúde, no seu todo ou de algumas das etapas que o constituem, tem estado ligada à prática profissional de determinados grupos, em Portugal e no mundo.

O Plano de Ação Europeu para o Fortalecimento dos Serviços e Competências em Saúde Pública, da Região Europeia da OMS, aprovado em 2012, identifica o planeamento estratégico em saúde como uma das operações essenciais em saúde pública (32). Em sintonia, a estratégia para 2020 da OMS Europa - Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century - (33) seleciona a *capacitação da saúde pública* como um tema essencial de uma das quatro áreas que elege como prioritárias. Lembrando que o alcance de melhores resultados em saúde exige um reforço substancial das funções e capacidades da saúde pública, sublinha a necessidade de remodelar a formação dos profissionais de saúde, a fim do desenvolvimento de uma força de trabalho mais flexível, multiquificada e orientada para o trabalho em equipa em diversas áreas, tanto no âmbito da prestação direta de cuidados, como do planeamento estratégico e da gestão (33).

No que respeita à especificação das competências dos profissionais de saúde pública, destaca-se a lista de competências essenciais para os profissionais de saúde pública adotada pelo Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice (Core Competencies for Public Health Professionals), na sua revisão de 2020-2021 (34). Dos oito domínios, ou áreas temáticas, de conhecimento e competência técnica que advoga, um é especificamente dedicado ao planeamento em saúde: “Competências de desenvolvimento de políticas e planeamento de programas”(34, p.3), incluindo as competências em planeamento estratégico, acrescentando, também, competências de

planeamento em situação de contingência no domínio de “Competências de gestão e finanças”(34, p.7).

Na profissão médica, a União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS: Union Européenne des Médecins Spécialistes), na versão de 2001 da lista de competências do médico especialista em saúde pública, inclui as “competências em administração”(35, p.2) na Europa, onde discrimina as que se consideram adequadas para “contribuir para o planeamento em todos os níveis, desde o político ao estratégico”(35, p.2). São ainda especificadas as competências para a “identificação de necessidades de saúde” e “avaliação de resultados”(35, p.3). Dando continuidade ao trabalho anterior, em 2019, através do documento intitulado Training Requirements for the Specialty of Public Health [Requisitos de Formação para a Especialidade de Saúde Pública], a UEMS aprova um conjunto de recomendações para a formação específica nessa especialidade médica, na Europa (36). O documento faz a revisão das competências que enquadram o exercício da profissão, enquanto fundamento da formação requerida, designadamente para a realização de estudos analíticos do estado de saúde das populações e para o desempenho como peritos em planeamento e avaliação em saúde pública e prestação de cuidados de saúde (36).

Em Portugal, a Ordem dos Médicos, membro associado da UEMS, divulgou em 2013 a lista de Competências Essenciais ao Exercício do Médico Especialista em Saúde Pública (37), onde constam explicitamente competências do âmbito do planeamento em saúde. Pese embora a distância temporal, a análise comparativa entre a lista de competências aprovada em Portugal e a recomendada pela UEMS evidencia concordância (36,37).

Potvin e Bisset (38), a propósito da avaliação enquanto prática, consideram que “as práticas [profissionais], como os paradigmas, possuem uma organização coerente”(38, p.152), que pode ser explicada através de quatro dimensões - teleológica, ontológica, epistemológica e metodológica – que “quando tomadas conjuntamente . . . são altamente relacionadas entre si e constituem um conjunto coerente e racional de proposições que conectam um profissional ao mundo, por meio da sua prática”(38, p.152).

Numa adaptação do modelo de Potvin e Bisset (38), Ferrinho (39) construiu um quadro de referência para o planeamento em saúde enquanto prática profissional (Figura 2), no qual especifica cinco dimensões interrelacionadas da prática profissional na área do

planeamento em saúde, acrescentando a dimensão deontológica às preconizadas por aquelas autoras.



Figura 2. Cinco dimensões interrelacionadas da prática profissional
 Fonte: Ferrinho, 2016 (39) (Reproduzido com a autorização do autor)

Em planeamento em saúde, a dimensão deontológica acresce à prática profissional deveres de escuta, de perseverança, de respeito pelo pensamento e construção coletiva, e de competência técnica, bem como o compromisso com valores sociais e humanos (39). A teleologia tem a ver com o conjunto de interesses associados ao planeamento em saúde; com a intencionalidade do planeamento e a formulação da visão, da missão e dos objetivos. Ajuda, ainda, a definir o grau de responsabilidade dos vários responsáveis pelo planeamento (39). A dimensão ontológica está presente pela descrição das pessoas (os objetos básicos do planeamento em saúde), classes, atributos, bem como do relacionamento entre os objetos. A procura de respostas através do conhecimento disponível, que permitam provocar alterações das situações vulneráveis identificadas, está sempre presente na prática do planeamento em saúde, traduzindo a sua dimensão epistemológica. A dimensão metodológica está subjacente ao “fazer”, através do estudo e aplicação dos métodos a seguir no desenvolvimento das etapas do processo de planeamento (39).

1.5. O desenvolvimento sustentável e o planeamento estratégico em saúde

Em 1987, a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas, através do Relatório Brundtland (Our Common Future), recupera e sistematiza o conceito e modelo de desenvolvimento sustentável (40), entendido como o que garante que as necessidades do presente são satisfeitas sem comprometer a capacidade de satisfação das necessidades das futuras gerações (14). De forma inovadora, a nova sistematização do conceito de desenvolvimento implica a procura máxima da relação equilibrada entre os objetivos ambientais, sociais e económicos, de modo a maximizar o bem-estar social e das comunidades, preservando o planeta, no momento presente e futuro (16). Para tal, é defendida a utilização de estratégias locais, nacionais e globais para a criação de uma rede de soluções de desenvolvimento sustentável baseadas no equilíbrio entre o crescimento económico, a inclusão social e a preservação ambiental (14).

O Relatório Brundtland apresenta os resultados de quatro anos de trabalho da referida Comissão, tendo-se apoiado em eventos, trabalhos e documentos anteriores que denunciavam a necessidade de alterar o modelo de desenvolvimento até então vigente, dos quais se destacam o relatório *The Limits to Growth*, de Meadows et al (41), a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano de 1972 (Conferência de Estocolmo), e respetiva declaração (Declaração de Estocolmo) e Plano de Ação para o Ambiente Humano (42).

Após 1987, a Organização das Nações Unidas continuou a investir na defesa e aprimoramento do modelo de desenvolvimento sustentável, designadamente pela reflexão conjunta, emanação de recomendações e a proposta de compromissos mundiais. Neste âmbito, é de salientar a Conferência das Nações Unidas para o Ambiente e Desenvolvimento de 1992 (ECO-92), respetiva declaração (Declaração do Rio) (43) e plano de ação (Agenda 21) (44); a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), em 2012 (45), e a Assembleia Geral das Nações Unidas de 25 de setembro de 2015, que aprova formalmente uma nova agenda mundial para o desenvolvimento, de nome *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* (Transformando o nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável) (15).

1.5.1. Transformando o nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

Em 2015, com a aprovação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ou Agenda 2030, na sua designação abreviada), os Estados Membros das Nações Unidas assumem o compromisso de fazer cumprir um novo plano de ação “para a Pessoa¹, o planeta e a prosperidade”(15, p.3), que procura fortalecer a paz universal, reconhecendo que a “erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável”(15, p.3).

Todos os países do mundo, independentemente do seu nível de desenvolvimento económico, são chamados a implementar a nova agenda universal, em jornada coletiva, através de parcerias colaborativas (15). Admitindo a exigência do novo plano, a Agenda 2030 apela à implementação de medidas urgentes, ousadas e ambiciosas, que libertem “a raça humana da tirania da pobreza”(15, p.3) e curem e protejam o planeta Terra, garantindo “não deixar ninguém para trás”(15, p.3).

Na Agenda 2030 são fixados 17 objetivos gerais – os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Figura 3) - e 169 objetivos específicos, integrados e indivisíveis (15).



Figura 3. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
 Fonte: United Nations, 2015

¹ O termo original é *people*, que, no contexto em que foi usado, se pode referir tanto às “pessoas” enquanto “indivíduos”, como a “povos” (coletividades). Assim, na tradução para português do termo *people* quando usado nesse sentido, utilizou-se a palavra “pessoa” iniciada por maiúscula (Pessoa).

INTRODUÇÃO

A nova agenda mundial procura equilibrar as três dimensões do desenvolvimento sustentável - ambiental, social e económica -, acrescentando, como dimensões transversais, a paz e as parcerias (15), o que se irá traduzir pelos denominados cinco pilares da Agenda 2030 (the 5Ps) (Figura 4).

Os 17 ODS estão dispostos em torno dos 5 pilares sob a forma de uma estrutura organizada, contrariamente à apresentação sob a forma de um conjunto de objetivos individuais e isolados. A Agenda 2030 especifica claramente a importância da natureza integrada dos ODS e respetivas interligações, aspeto que considera crucial para o alcance do propósito essencial do novo plano universal, assumindo-o como o caminho para melhorias profundas na vida das pessoas e comunidades e para a transformação do mundo num mundo melhor (15).



Figura 4. Os 5 pilares da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (the 5 Ps)
Fonte: United Nations, 2015

A dimensão social, traduzida pelo pilar Pessoa, está representada de forma direta pelos objetivos especificamente relacionados com (15):

- o fim da pobreza – ODS 1;
- o fim da fome, o alcance da segurança alimentar, a melhoria do estado nutricional e a promoção da agricultura sustentável – ODS 2;
- a garantia de uma vida saudável e a promoção de bem-estar para todos, em todas as idades – ODS 3;
- a garantia de educação de qualidade, inclusiva e equitativa, e a promoção de oportunidades de aprendizagem para todos e ao longo da vida – ODS 4;
- o alcance da igualdade de género e o empoderamento da mulher – ODS 5.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista ambiental (pilar Planeta), são fixados objetivos especificamente relacionados com (15):

- a garantia da disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento básico para todos – ODS 6;
- a garantia de acesso -a energia acessível, confiável, sustentável e moderna para todos – ODS 7;
- a concretização de medidas urgentes no âmbito do combate das alterações climáticas e do seu impacto – ODS 13;
- a conservação e uso sustentável dos oceanos, mares e recursos marinhos – ODS 14;
- a proteção, restauração e promoção do uso sustentável de ecossistemas terrestres, da gestão sustentável das florestas, do combate da desertificação, bem como a interrupção e reversão da degradação do solo e a interrupção da perda de biodiversidade – ODS 15.

Por sua vez, o pilar Prosperidade, traduzindo a dimensão económica do desenvolvimento sustentável, está representado de forma direta pelos objetivos especificamente relacionados com (15):

- a promoção de crescimento económico duradouro, inclusivo e sustentável; de emprego pleno e produtivo, e de trabalho decente para todos – ODS 8;
- a construção de infraestruturas resilientes, e a promoção de industrialização inclusiva e sustentável, e da inovação – ODS 9;
- a redução das iniquidades, intra e inter países – ODS 10;
- a construção de cidades e comunidades inclusivas, seguras, resilientes and sustentáveis – ODS 11;
- a garantia de padrões de consumo sustentável e de produção sustentável – ODS 12.

Os pilares Paz e Parcerias, estão respetivamente representados através do ODS 16 – promover sociedades pacíficas e inclusivas, providenciar o acesso à justiça para todos, e promover a construção de instituições confiáveis e inclusivas a todos os níveis -, e do ODS 17 – fortalecer os meios de implementação e revitalizar a Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável (15).

1.5.2. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o planeamento estratégico em saúde

A Agenda 2030, enquanto plano de ação dirigido a todos os países do mundo, pretende dinamizar e agilizar a seleção e implementação de estratégias adequadas à convergência de intervenções sustentáveis, nos países e entre os países (15), reforçando-se a necessidade de adequar os modelos de planeamento ao paradigma do desenvolvimento sustentável (46–51), sentida e expressa desde a divulgação do Relatório Brundtland.

De facto, desde 1987 que as referências ao planeamento enquanto processo útil à implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável em geral, e de setores específicos, como a saúde, em particular, têm vindo a crescer, acompanhando a priorização internacional dada ao tema.

A Agenda 21 das Nações Unidas (1992) salienta a importância do planeamento para a implementação de uma parceria global (44). Duas décadas mais tarde, na Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), são acordados objetivos comuns de desenvolvimento sustentável entre os Estados Membros (45), os quais, em 2015, se comprometem a fazer cumprir os 17 ODS fixados na Agenda 2030 (15). Ao explicitar que o governo de cada país decidirá quanto à forma como os ODS e respetivos objetivos específicos serão integrados nos processos de planeamento, políticas e estratégias, a Agenda 2030 compromete os seus signatários a adequar os respetivos modelos de planeamento (15).

Em 2015, o Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas vem insistir na necessidade de processos de planeamento e de tomada de decisão mais coerentes e integrativos, ao nível dos países (50).

Já em 2001, a OCDE, no seu guia para as boas práticas no âmbito da seleção e implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável, havia incluído o planeamento estratégico como um elemento básico de um sistema com essa finalidade (52). Em 2016, insistindo na relevância da coerência das políticas para a capitalização de sinergias entre os ODS e objetivos específicos, entre os diferentes setores políticos e entre as diversas ações aos níveis local, regional, nacional e internacional, a OCED introduz um instrumento de apoio, que designou por PCSD Framework (PCSD - Policy Coherence for Sustainable Development) (51). Alertando os países para a necessidade de reforçarem o investimento no ODS 17.14 - aumentar a coerência das políticas para o

desenvolvimento sustentável -, este quadro de referência enfatiza a importância da construção de complementaridades das políticas, programas e ações planeadas nos âmbitos económico, social e ambiental, propondo a integração de considerações de sustentabilidade em cada etapa do ciclo político, com destaque para a do planeamento (51).

As intrínsecas inter-relações entre saúde e desenvolvimento humano e social (53,54) condicionam, por si só, a necessidade de repensar os modelos de planeamento em saúde em função da evolução do conceito de desenvolvimento. Embora a saúde seja o foco do ODS 3 (15), os demais ODS estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde, dando continuidade ao lugar de destaque que desde cedo, a saúde tem ocupado no paradigma do desenvolvimento sustentável (45,55–57), a par de temas como saúde e resiliência, género e saúde e governação em saúde (46,58). O reconhecimento do papel central da saúde para o alcance do desenvolvimento sustentável (59–62) tem implicado desafios específicos, não só ao processo de planeamento do desenvolvimento, em geral, como do planeamento em saúde, em particular (44,48,63–65).

Blas et al (46) propõem uma abordagem intersectorial para o planeamento em saúde no contexto da Agenda 2030, considerando o seu potencial para assegurar ações intersectoriais, aos níveis global, nacional e subnacional, admitindo que os ODS são uma preocupação para todos os planeadores de saúde, em cada um desses níveis (46). Outros autores, em concordância, admitem que o planeamento integrativo, intersectorial e multidisciplinar, que interseque as dimensões ambiental, social e económica, desenvolvido aos níveis nacional e local, parece ser facilitador da seleção e implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável (46–50).

Na saúde, a abordagem dos desafios que se colocam aos modelos e processos de planeamento sustentável tem sido heterogénea entre países e sistemas de saúde (46–50,64,65), tendo alguns países priorizado elaborar planos estratégicos dirigidos à *saúde sustentável* e ao *sistema de saúde e de cuidados sustentáveis*, onde a obtenção de *ganhos em saúde* se articula com estratégias menos clássicas num plano de saúde, como a redução das emissões de carbono associadas à prestação de cuidados (46,66).

A pandemia de COVID-19 (doença causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2), declarada pela OMS em março de 2020 e até maio de 2023, veio estimular o debate quanto ao modelo de planeamento em saúde de maior adequação ao alcance dos ODS (67,68). Perante “contrações sem precedentes na economia global, com impactos assimétricos em todos os territórios”(68, p.7), consequentes à grave crise de emergência internacional, e que se mantiveram no período pós-COVID, a evidência do impacto negativo da pandemia na progressão do cumprimento da Agenda 2030 implicou repensar os modelos de planeamento em saúde em períodos pandémicos, mas, também, interpandémicos, preparatórios de futuras emergências de saúde pública (62,67,68).

1.6. Planeamento em saúde em Portugal

O planeamento em saúde em Portugal tem os seus antecedentes nos quatro Planos de Fomento, desenvolvidos entre 1953 e 1979 (2,12), seguindo-se os Planos de médio prazo (1977-1980 e 1979-1984) (2).

Em meados dos anos 90, teve início o primeiro dos quatro ciclos de planeamento estratégico em saúde em Portugal, sob diferentes coordenações técnicas, dependentes da Direção-Geral da Saúde (DGS) na maior parte do respetivo horizonte temporal (6,69). Cada ciclo tem tido como marca um documento estratégico de âmbito nacional, designado no primeiro ciclo por estratégia nacional de saúde – ciclo de 1997-2002: Saúde um compromisso: uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002 -, e nos ciclos seguintes, por plano nacional de saúde - ciclo de 2003-2010: Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS 2004-2010); ciclo de 2011-2020: Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS 2012-2016) com extensão até 2020 (6,12) e prorrogação até 2021 (70); ciclo 2021-2030: Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável, de tod@s para tod@s (PNS 2030) (69,71).

Nos quatro ciclos de planeamento, para além da estratégia/plano nacional de saúde, foram elaborados outros documentos estratégicos de saúde ou com interesse para a saúde de âmbito nacional que a/o complementam, sob a forma de programas ou de estratégias setoriais dirigidas a problemas ou determinantes de saúde específicos (72,73).

1.6.1. 1º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Saúde um compromisso: uma estratégia para o virar do século 1998-2002

O documento “Saúde um compromisso: uma estratégia para o virar do século 1998-2002” apresenta pela primeira vez em Portugal uma estratégia abrangente para a saúde, clara e explícita (6,12,74). Com foco nos principais problemas de saúde da população, elege como missão do sistema de saúde nacional a obtenção de *ganhos em saúde* para a população portuguesa, defendendo mudanças no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com base no paradigma *o cidadão no centro do Sistema*, por forma a orientar as intervenções a realizar pelo SNS até 2002 (74,75).

As grandes opções estratégicas da estratégia nacional de saúde 1998-2002 centram-se: no alcance de *ganhos em saúde* para a população portuguesa; no desenvolvimento das unidades funcionais de saúde segundo o modelo de *sistemas locais de saúde*; na revisão aprofundada do desenvolvimento dos recursos humanos na saúde; na consensualização de um novo modelo de financiamento da saúde, que promova *ganhos em saúde*; e na adoção de uma *dimensão europeia* na estratégia de saúde e no reforço da cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (76). É, ainda, salientada a necessidade do estabelecimento de prioridades de saúde ao nível subnacional (regional e local), orientado pela estratégia nacional enquanto quadro de referência (6).

Apesar da sua abordagem inovadora, Ferrinho et al (6) salientam que, não tendo recolhido o consenso político necessário à sua prossecução, a implementação da estratégia nacional de saúde 1998-2002 não teve continuidade após a apresentação pública do documento final.

De forma consistente com os avanços no nível nacional, no ciclo de planeamento estratégico em saúde 1997-2002 surgem algumas experiências de planeamento estratégico ao nível regional, de que é exemplo a Estratégia Regional de Saúde para o Alentejo, de 1997 (12,77).

Craveiro e Ferrinho (74), com base nos resultados de um estudo de 1999 dirigido a agentes envolvidos no processo de planeamento estratégico em saúde em Portugal nos anos precedentes, salientam que “pela primeira vez [se admitiu] que é necessário planear tendo em conta as particularidades sentidas localmente.”(74, p.34).

Apesar das dificuldades de implementação a nível nacional, a estratégia de saúde 1998-2002 foi utilizada como guia informal de atuação no nível subnacional, tal como, aliás, a própria estratégia nacional o recomendava (6).

1.6.2. 2º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde 2004-2010

O primeiro plano nacional de saúde de Portugal – o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS 2004-2010) – assume dar continuidade à estratégia nacional de saúde do ciclo anterior (6), apresentando-se como “... um guia, com medidas a serem adoptadas [*sic*] entre 2004 e 2010, orientado por prioridades, com metas definidas e que identifica os responsáveis pela sua execução.”(78, p.10) São propostas medidas orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença aos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária -, e para o acesso a cuidados de saúde de qualidade, sem deixar, ainda, de se privilegiar a proteção da saúde humana em todas as políticas (78). Define linhas de orientação estratégica que assume como destinadas a sustentar política, técnica e financeiramente o SNS, privilegiando a atribuição de “...um cunho integrador e facilitador na coordenação e cooperação entre os múltiplos sectores que contribuem para a saúde.”(78, p.10)

Como objetivos estratégicos, o PNS 2004-2010 elege: i) obter ganhos em saúde pelo aumento do nível de saúde e a redução do peso da doença; ii) utilizar os instrumentos necessários num contexto organizacional adequado, passando pela mudança centrada no cidadão, a capacitação do sistema de saúde para a inovação e a reorientação do sistema prestador de cuidados; e iii) garantir os mecanismos adequados à execução do plano (78). Privilegia a abordagem por *settings*, como, por exemplo, escolas, locais de trabalho, locais de saúde, unidades de saúde, e centra as estratégias para a melhoria do estado de saúde na família, no ciclo de vida e na gestão integrada de doenças prioritárias (12,78). A operacionalização do PNS 2004-2010 em resposta aos principais problemas de saúde identificados, ponto de partida da elaboração desse plano, passou pela elaboração ou revisão de programas de saúde de índole nacional, incluindo quatro programas verticais².

² Os quatro programas verticais eram dirigidos à prevenção e controlo: da infeção pelo vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (VIH/ SIDA), das doenças oncológicas, das doenças cardiovasculares e da saúde mental.

INTRODUÇÃO

O documento apontava 40 áreas prioritárias para elaboração de programas, dos quais foi possível concretizar 22 (6).

O PNS 2004-2010 procurou dar continuidade à estratégia de saúde 1998-2002 com base no estado de saúde da população à época e pugnando pelo aprofundamento de conceitos teóricos e o uso do conhecimento existente sobre o processo de planeamento (6). Tendo como ponto de partida os dados e indicadores de saúde disponíveis, integrou evidências e orientações provindas de peritos nacionais e internacionais, através de publicações relevantes ou emitidas por entidades internacionais, com destaque para a União Europeia, a OMS e a OCDE (6). Optando por uma construção alargada e multisectorial, integrou, ainda, os resultados de um extenso processo de consulta pública a *stakeholders* de diversos âmbitos, incluindo organizações da sociedade civil, a academia e peritos individuais, tendo recebido mais de uma centena de contributos (6,12).

O PNS 2004-2010 foi monitorizado ao longo da sua implementação e avaliado, interna e externamente, designadamente pela OMS Europa (79), que apoiou a sua elaboração desde as respetivas atividades preparatórias (6,12).

Ao nível sub-regional, Biscaia e Heleno (80) referem que

“Portugal iniciou desde 2004 uma prática . . . de consensualizar Planos Nacionais de Saúde (que depois se desdobram em planos regionais e locais) para dar coerência ao sistema, eliminar desigualdades regionais, obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e capacitar o sistema para a inovação.”(80, p.702)

Segundo Felício et al (81,82), no contexto da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de 2005, a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte sentiu a necessidade de um “instrumento de planeamento em saúde que fizesse a ponte entre a mudança organizacional e a mudança do estado de saúde da população pretendidas, no sentido da sua melhoria e da redução das desigualdades em saúde”(82, p.1), dando início, em 2007, ao desenvolvimento de uma estratégia regional que teve como principais marcos os Perfis Locais de Saúde, o Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010, um referencial para a construção dos Planos Locais de Saúde (PLS) e a formação/treino de competências dos profissionais das Unidades de Saúde Pública (USP) em planeamento em saúde de base populacional (82).

A partir de 2010, foram dinamizadas outras iniciativas com o objetivo de debater temas inerentes ao planeamento nacional, regional e local (83–88). Em Portugal, os primeiros

PLS viriam a surgir em 2011, na região Norte, numa iniciativa coordenada pela ARS Norte (82), que, gradualmente, se estendeu a todo o País no decorrer do ciclo de planeamento seguinte (85).

1.6.3. 3º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e sua extensão a 2020

Inicialmente desenhado para um horizonte temporal de quatro anos, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS 2012-2016) foi posteriormente estendido até 2020 (89) e, em virtude dos constrangimentos impostos pela pandemia de COVID-19, mantido em vigor até ao final de 2021 (70).

A elaboração do PNS 2012-2016, iniciada durante a avaliação do PNS 2004-2010 e do Sistema de Saúde Português pela OMS, decorre num enquadramento favorável ao reforço dos sistemas de saúde como uma resposta fundamental para os desafios de saúde das populações (90). Propondo "... reforçar a capacidade de planeamento e operacionalidade no Sistema de Saúde Português..."(90, p.1), o novo plano assume-se como um "...instrumento de estratégia enquadrador dos níveis de planeamento nacionais, regionais, locais e institucionais com impacto direto na saúde..."(90, p.6).

O PNS 2012-2016 define quatro eixos estratégicos principais; i) cidadania em saúde; ii) equidade e acesso aos cuidados de saúde; iii) qualidade em saúde; e iv) políticas saudáveis. No que respeita aos objetivos estratégicos, são fixados quatro objetivos dirigidos ao Sistema de Saúde: i) obter ganhos em saúde; ii) promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo da vida; iii) reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença; e iv) fortalecer a participação de Portugal na saúde global (90). Segundo, Simões e Ferrinho (12) os "...objetivos centrais deste Plano [PNS 2012-2016] consistiam em maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade e cidadania"(12, p.S19).

O processo de elaboração do PNS 2012-2026 contou com a ampla participação de *stakeholders* de diversos setores e da sociedade nacional, da área da saúde e externos à saúde, incluindo peritos nacionais e internacionais, tendo ouvido e integrado os contributos de inúmeras entidades individuais e coletivas (6,12,90).

A meio do percurso inicialmente previsto (em 2014), num processo que, além de integrar os resultados da própria avaliação e de proporcionar uma atualização da evidência relativa

à saúde da população (89), promoveu o alinhamento com os princípios e orientações da Estratégia Health 2020, que havia sido adotada em 2013 pela OMS Europa (33), tendo, ainda, em consideração não só as recomendações específicas do relatório da OMS Europa, mas, também, a evidência disponível, à data, quanto a diferentes temáticas da saúde (91). Continuando a priorizar os eixos estratégicos inicialmente selecionados – centrados na cidadania, equidade e acesso, qualidade em saúde, e políticas saudáveis –, na sua extensão, o PNS fixa objetivos a 2020 que visam a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), o aumento da esperança de vida saudável (aos 65 anos) e a redução de fatores de risco de doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco (91). Foram selecionados sete princípios orientadores para a implementação do PNS extensão a 2020, alinhados com os princípios da Estratégia Health 2020 da OMS Europa (33): i) prevenção e controlo da doença; ii) promoção da saúde e controlo da doença; iii) colaboração intersectorial; iv) capacitação dos cidadãos; v) promoção de ambientes saudáveis; vi) divulgação e implementação de boas práticas; e vii) fortalecimento da saúde global (91). A análise das orientações estratégicas e específicas para a implementação permite observar que o PNS extensão a 2020 privilegia o envolvimento dos sectores público, privado e social, com vista à obtenção de ganhos em saúde para a população (12,91), procurando assegurar “...a equidade, a qualidade e a sustentabilidade financeira do sistema de saúde”(12, p.S20). O PNS 2012-2016 propõe uma nova reorganização dos programas de saúde nacionais existentes, segundo as principais causas de mortalidade e morbilidade em Portugal e os fatores de risco de maior prevalência, recomendando o alinhamento com as estratégias nacionais de saúde selecionadas (12).

A nível sub-regional, é recomendado, o alinhamento dos planos e estratégias de saúde regionais, locais e institucionais com as orientações do PNS, ao longo de todo o ciclo de planeamento 2011-2020 (6,90,91). Na primeira parte do ciclo, é dada particular ênfase ao reforço das Estratégias Locais de Saúde (ELSA), entendidas como processos que visam a melhoria do estado de saúde da população ao nível local através de recursos locais de governação e gestão, e de parcerias de organizações locais (90), as quais tiveram um particular desenvolvimento nesse período, centradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Na sua extensão a 2020, a referência aos Planos Locais de Saúde, enquanto instrumentos de planeamento estratégico ao nível local, é particularmente

reforçada (91). No final de 2015, todos os ACES e Unidades Locais de Saúde (ULS) apresentavam o respetivo PLS concluído ou em fase de conclusão (85). Em 2017, é divulgado o documento Manual Orientador dos PLS (92), em que a DGS reforça a importância do planeamento estratégico a nível local através dos PLS, considerados então como “...instrumentos ímpares de implementação do PNS e de alinhamento com os objetivos nacionais e regionais”(92, p.4).

1.6.4. 4º ciclo de planeamento estratégico em saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável, de tod@s para tod@s

Em 2018, tiveram início as atividades preparatórias da elaboração do plano nacional de saúde que marca o ciclo de planeamento 2021-2030, admitindo-se, então, a sua conclusão no final de 2020. Contudo, a pandemia de COVID-19 determinou a suspensão dos trabalhos durante cerca de um ano, conduzindo, como já mencionado, à prorrogação do PNS extensão a 2020 por mais um ano (70).

Inicialmente previsto para o horizonte temporal 2021-2030, o novo PNS, submetido a consulta pública em abril de 2022, foi aprovado pelo Conselho de Ministros em maio de 2023, sob a designação de Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável, de tod@s para tod@s (PNS 2030) (71).

O PNS 2030 tem por finalidade “melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras.”(69, p.13) Sendo o primeiro plano nacional de saúde português com foco explícito na saúde sustentável, procura o alinhamento com os princípios e valores da Agenda 2030 e respetivos ODS (69,93). No âmbito do planeamento, foi aplicado um modelo de planeamento estratégico em saúde de base populacional, de natureza trans e multisectorial, e multinível, que priorizou, enquanto elemento-chave, as pessoas (individuais ou coletivas), e integrou, em todas as etapas do processo, a participação e o compromisso (69,93).

Na prática, contou com a participação de elevado número de *stakeholders*, individuais e coletivos, abrangendo diversas entidades, públicas e privadas, do setor da saúde e externas à saúde, do nível nacional ao local, desde os momentos mais precoces da sua elaboração. A precocidade do envolvimento alargado da sociedade civil teve, também, por objetivo potenciar o grau de compromisso com a implementação do plano. A estrutura

mais expressiva neste âmbito é a Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2030 (abreviadamente designada por Comissão de Acompanhamento do PNS 2030), criada não só com o propósito de acompanhar a elaboração do plano mas, também, a sua implementação (69,94), mantendo-se, à data, em funções.

O PNS 2030 assume-se como:

“um processo participativo, co criativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das necessidades de saúde da população residente em Portugal - decorrentes dos problemas de saúde e dos respetivos determinantes [...] - seleciona as estratégias de saúde adequadas à mudança, visando particularmente a redução das iniquidades em saúde, para uma saúde sustentável de *todos para todos*.”(69, p.21)

Metodologicamente, o PNS 2030 segue uma abordagem mista, que integra, em várias etapas do processo de planeamento, dados e informação de natureza quantitativa, designadamente epidemiológica, e de natureza qualitativa, incluindo dados percecionais dos principais *stakeholders* (69). O foco na saúde sustentável, designadamente na obrigatoriedade em atender às necessidades de saúde da população *sem deixar ninguém para trás*, levou à adoção de uma nova tipologia de problemas de saúde, que considera “abrangente e inclusiva”(69, p.26), classificando-os em dois tipos: a) problemas de magnitude elevada; b) problemas à data de magnitude baixa ou nula em Portugal, mas de elevado potencial de risco, com dois subtipos: i) problemas que tiveram no passado uma elevada magnitude (por exemplo, mortalidade infantil) e que, graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo, foi possível controlar, mas que poderão reemergir com uma magnitude mais elevada, nomeadamente se houver uma redução do investimento; ii) problemas à data de baixa ou nula magnitude que se encontram em risco acelerado de emergir, reemergir ou evoluir para magnitudes elevadas devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância, de que é exemplo o aquecimento global (69).

A grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030 nasce do investimento nos determinantes de saúde e bem-estar, através do reforço dos fatores protetores da saúde e redução dos fatores de risco no contexto do desenvolvimento sustentável, destacando como essencial os compromissos de *não deixar ninguém para trás*, preservar o planeta e não comprometer a saúde das gerações futuras (69). O PNS 2030 indica um vasto leque

de determinantes de saúde, assente nos cinco pilares do desenvolvimento sustentável (the 5Ps) preconizados na Agenda 2030 – Pessoa, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias -, tendo selecionado 15 objetivos estratégicos distribuídos por 5 desígnios alinhados com o paradigma do desenvolvimento sustentável: 1) reduzir as desigualdades; 2) promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis; 3) minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais da saúde; 4) reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das doenças não transmissíveis; e 5) manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados (69).

Procurando antecipar a máxima potenciação da implementação do plano, apresenta 10 recomendações para a implementação do PNS 2030, elegendo como a de maior importância “a construção de um Pacto Social para a Década, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde”(69, p.75).

O PNS 2030 defende explicitamente a “utilização do mesmo modelo de planeamento em saúde de base populacional aos diferentes níveis (do nacional ao local)”(69, p.72) de forma a potenciar o alinhamento, a articulação e a integração multinível dos respetivos planos de saúde (69). A articulação, de um modo integrado, com o planeamento em saúde de nível subnacional é, aliás, uma das 10 recomendações para a implementação do plano, sob a qual se sublinha o papel de coordenação técnica dos serviços de saúde pública dos ACES ou ULS no planeamento estratégico em saúde ao nível local, e a importância fundamental dos parceiros sociais, com especial relevo para o papel dos municípios, dando particular destaque ao PLS como o instrumento de planeamento estratégico em saúde de maior interesse ao nível subnacional, promovendo o seu aperfeiçoamento e a sua continuidade (69).

1.7. Problema e justificação do estudo

À semelhança do observado noutros setores (8), e pese embora o seu potencial teórico, a contribuição do planeamento estratégico em saúde para a melhoria do estado de saúde das populações e para o fortalecimento dos sistemas de saúde nem sempre tem sido evidente (87). Os estudos disponíveis têm sugerido múltiplos fatores potencialmente explicativos desta situação, frequentemente interrelacionados e dependentes do contexto (2,4–7,17,19,25,50,74,83,87).

INTRODUÇÃO

No mundo empresarial, o desvio entre a efetividade potencial do planejamento estratégico e a efetividade real tem sido, também, analisada. Robbins (8) estimou que 70% do insucesso da gestão de uma empresa tenha ficado a dever-se a má execução, não a mau planejamento. Má execução entendida como não fazer o que é devido, ser indeciso ou não cumprir o decidido (8). Estudos avaliativos do planejamento estratégico no mundo empresarial, com foco nos objetivos pré-definidos, evidenciam uma percentagem de execução da ordem dos 10 a 15% (83).

Crisp (7) destaca alguns fatores que podem interferir com a efetividade do processo de planejamento em saúde, incluindo: a falta de consenso na nomenclatura, a abordagem metodológica selecionada, o grau de responsabilização dos níveis do sistema de saúde envolvidos e de participação de setores externos à saúde mas com ela relacionados, e, também, as questões relacionadas com a implementação, seja pela ausência de preparação da execução, ou, pelo contrário, pela proposta de planos de implementação demasiado restritivos e pouco flexíveis, salientando a necessidade de uma “nova forma de pensamento e de comportamento”(7, p.14) para os planejadores da saúde.

Imperatóri e Giraldes (2) acrescentam outros fatores condicionantes do planejamento em saúde, tais como: a influência da complexidade do ambiente externo, a rapidez das mudanças tecnológicas, a complexidade do sistema de saúde e o longo intervalo de tempo entre a decisão e o impacto na saúde.

No que se refere ao planejamento ao nível subnacional, Rohrer (19) salienta que os seus desafios, complexidades e inconsistências devem ser reconhecidos e aceites. Como fatores problemáticos, neste âmbito, Schmets et al (5) salientam a inadequação das estruturas subnacionais responsáveis pelo processo e a falta de clareza em relação aos papéis e grau de responsabilidade dos vários atores e instituições envolvidas. Realçam, ainda, as potenciais tensões entre as instituições e o risco da perda de coerência entre os níveis nacional e subnacional (5).

Questões relacionadas com a mobilização de recursos (financeiros, humanos, dados/informação), tanto para o planejamento enquanto *prática*, como para a implementação, e outras dimensões da exequibilidade do planejamento em saúde, têm sido, também, debatidas no âmbito dos fatores potencialmente condicionantes da efetividade do processo (46,50).

Em Portugal, vários estudos, alguns de cariz avaliativo, têm identificado questões consideradas como potencialmente redutoras da efetividade do planeamento desde o primeiro ciclo de planeamento estratégico em saúde no País (6,12,17,25,74,79,83,89).

De entre elas, destacam-se: a diversidade de definições de planeamento estratégico observada entre *stakeholders* relevantes do processo (74), as dificuldades de coordenação dos vários atores envolvidos e de alinhamento entre o nível nacional e o nível subnacional (74), a reduzida articulação entre o PNS e os instrumentos de governação (79), e as insuficiências do sistema de informação em saúde comprometedoras da monitorização e, ou avaliação dos planos estratégicos (79).

Apesar dos avanços investigacionais neste âmbito, as necessidades de aprofundamento do tema têm sido expressas, em Portugal, por académicos, responsáveis técnicos e decisores políticos (11).

A necessidade crescente após 1987 de ajustar os modelos de planeamento em saúde ao paradigma de desenvolvimento sustentável (44,49,63) implicou novos desafios e reforçou outros já identificados. Planear de forma integrada, tendo em vista a seleção e adoção de estratégias nacionais de desenvolvimento sustentável e a sua operacionalização permanecem desafios de elevada complexidade (49,68). A existência de planos estratégicos com a manifesta intenção em integrar os princípios do desenvolvimento sustentável não é, por si só, garantia suficiente para a necessária abordagem holística e integrada, conforme demonstrado por alguns estudos (13). A Agenda 2030 representou um avanço decisivo no planeamento e implementação de estratégias de saúde sustentável. Contudo, o progresso no sentido do alcance dos ODS até 2030 tem sido lento e complexo (6), reconhecendo-se a necessidade de uma nova abordagem (62,67,68). Se, por um lado, o reforço e adequação dos modelos de planeamento estratégico parecem essenciais à seleção e operacionalização de estratégias de desenvolvimento sustentável, por outro lado, a adoção da estrutura e lógica dos ODS enquanto referencial dos modelos de planeamento vem sendo recomendada (95). Reclamando uma ação urgente e direcionada, para evitar a reversão dos ganhos de desenvolvimento das últimas décadas, o Relatório de Desenvolvimento Sustentável Global 2019 das Nações Unidas (95) incentiva os governos, as autoridades públicas dos países e as organizações multilaterais a adotar explicitamente os ODS como um guião de referência para a programação, planeamento e orçamentação (95), adicionando novos desafios metodológicos e processuais.

A pandemia da COVID-19 veio reforçar a evidência quanto a complexidade da operacionalização da Agenda 2030 e os avanços e recuos observados nas décadas anteriores. Por um lado, criou condições para o claro reconhecimento das insuficiências de planos estratégicos e ações anteriores potencialmente alinhados com o desenvolvimento sustentável, expondo situações graves de desigualdades sociais locais e globais, as quais, embora anteriormente reconhecidas, não foram suficientemente valorizadas (62,67,68). Por outro, agravou os desequilíbrios sociais e económicos de forma marcante, aumentando a complexidade e acrescentando novos desafios ou reforçando desafios anteriores no caminho para a sustentabilidade (67,68). Sobre este assunto, Lapão (67) salienta que a edição de 2020 do relatório das Nações Unidas sobre o progresso no alcance dos ODS destaca “... de forma contundente, que os progressos anteriormente registados ficaram estagnados ou foram revertidos, com o aumento do número de pessoas que passam fome, crescimento dos níveis de desigualdade e aceleração dos impactos sobre as alterações climáticas”(67, p.145). Os países mais desfavorecidos do ponto de vista social, económico e, ou geográfico, incluindo os países em situação de emergência humanitária ou frágeis, são apontados como os mais afetados, salientando Lapão (67), ainda com base nos resultados do relatório sobre o progresso no alcance dos ODS em 2020, que tal fragilidade

“...resulta de sistemas de saúde débeis, esquemas de proteção social e taxas de cobertura muito exíguas, recursos financeiros e outros escassos, vulnerabilidade acentuada a choques ou alterações repentinas de conjuntura e níveis elevados de dependência do comércio internacional.”(67, p.145)

Para lidar com a delicada e preocupante situação identificada a nível global e nos países, e apesar da complexidade dos avanços para o alcance dos ODS, a Organização das Nações Unidas continua a defender que a Agenda 2030 é, à data, o melhor referencial disponível para uma recuperação da pandemia de COVID-19 resiliente, inclusiva e sustentável, e para a melhoria da vida de todas as pessoas e um mundo melhor (96). No âmbito do planeamento, é recomendado que cada país privilegie a concretização dos ODS no planeamento nacional e os eleja como referencial que molde as políticas nacionais, os orçamentos, as instituições e o planeamento do desenvolvimento nacional a longo prazo (97). Através do guião de investigação para a recuperação da COVID-19³ (98), a

³ UN Research Roadmap for the COVID-19

Organização das Nações Unidas reforça que a pandemia da COVID-19 “...tem exposto a necessidade de planos ambiciosos que reimaginem e reconstruam os sistemas de saúde, sociais e económicos para não deixar ninguém para trás”(98, p.9). No seguimento das recomendações internacionais, diversos países e comunidades têm utilizado a Agenda 2030 como referencial para a seleção de estratégias de recuperação da pandemia alinhadas com o desenvolvimento sustentável (68).

O aprofundamento dos conhecimentos quanto ao planeamento no contexto do desenvolvimento sustentável volta, assim, a ser enfatizado, não só na continuidade dos esforços observados desde 1987 na procura de modelos de planeamento mais efetivos, como, no momento atual, e a partir das lições aprendidas nos últimos anos, na procura de novas abordagens de ação favorecedoras de um real alcance dos ODS, que tenham em consideração os impactos negativos da pandemia de COVID-19, bem como a preparação de futuras emergências de saúde pública, e que adotem como referencial a Agenda 2030 e respetivos ODS. A adequação dos modelos de planeamento em saúde ao modelo de desenvolvimento vigente parece representar uma oportunidade para ajustar os processos de planeamento e gestão estratégica à complexidade crescente dos inúmeros desafios que, no âmbito da saúde das populações e dos sistemas de saúde, se têm colocado ao longo das décadas, com particular atenção para os desafios inerentes à pandemia de COVID-19 e respetivas consequências.

Deste modo, aprofundar o conhecimento quanto à contribuição do planeamento estratégico em saúde, em contextos pandémico e interpandémico, aos níveis nacional e internacional, para o aumento do nível de saúde das populações e o fortalecimento dos sistemas de saúde no paradigma do desenvolvimento sustentável, pugnando pelos princípios e valores da Agenda 2030 e o alcance dos respetivos ODS, parece consistente com necessidades de investigação sentidas e expressas, em Portugal e no mundo, no momento atual.

Assim, este projeto de investigação, tendo por foco o planeamento estratégico em saúde, pretende contribuir para a melhoria da saúde das populações e o fortalecimento dos sistemas de saúde no paradigma do desenvolvimento sustentável, através de contributos para o desenvolvimento de um modelo de planeamento estratégico em saúde sustentável.

1.8. Modelo lógico da investigação

A Figura 5 apresenta o quadro de referência deste projeto de investigação com foco no planeamento estratégico em saúde. Inspirado e construído com base no modelo de análise das políticas de saúde de Walt e Gilson (99), teve em conta outros contributos teóricos e conceptuais, designadamente de Pineault e Daveluy (1), Imperatóri e Giraldes (2), Walt et al (100), Buse et al (101), Muff et al (102), Nunes et al (103) e Costanza et al (104).

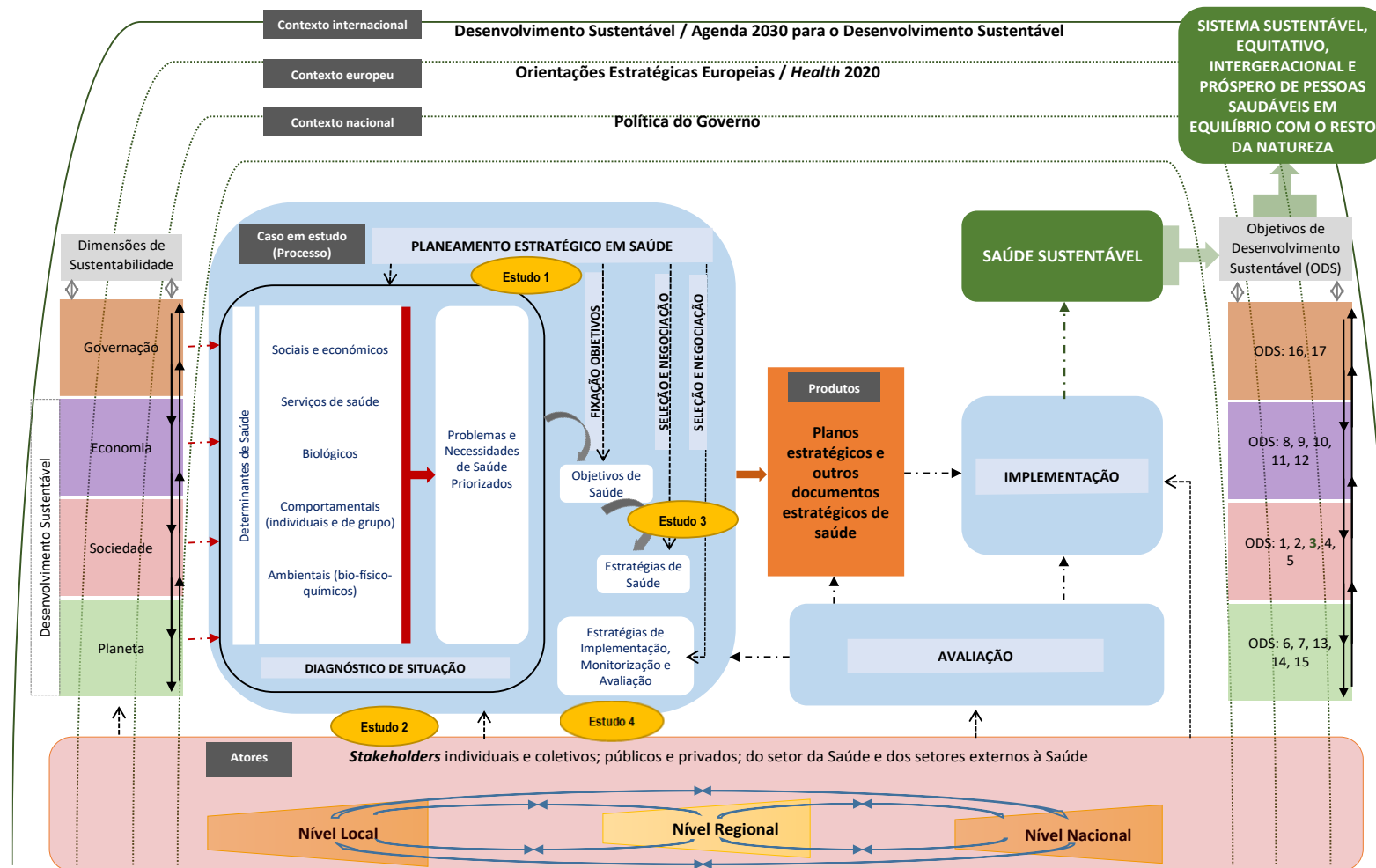
Considerando o potencial da influência do planeamento estratégico em saúde na tomada de decisão (1–7,10) e, assim, na formulação das políticas, prevê-se seguir uma abordagem de análise das políticas de saúde, inspirada na definição de Walt et al (2008) seguinte: ‘*Health policy analysis is a multi-disciplinary approach to public policy that aims to explain the interaction between institutions, interests and ideas in the policy process*’ (100, p.308).

O quadro de referência da investigação parte, pois, das inter-relações entre o *processo* de planeamento estratégico em saúde e os demais elementos constituintes do triângulo de análise de Walt e Gilson: *contexto*, *conteúdo* e *atores* (99,101),

Assim, esta investigação propôs-se analisar as relações complexas entre:

- o planeamento estratégico em saúde enquanto *processo*;
- os seus *produtos* (planos estratégicos e outros documentos estratégicos de saúde) e respetivos *conteúdos*;
- os *contextos* aos níveis internacional, europeu e nacional da sua operacionalização;
- e os *atores* ou partes interessadas (*stakeholders*), envolvidos no *processo*, que o influenciam ou que utilizam os seus *produtos*, aos níveis de ação nacional, regional e local. São considerados *stakeholders* individuais e coletivos, públicos e privados, e do setor da saúde e dos setores externos à saúde.

No quadro de referência da investigação, o *processo* de planeamento estratégico inspira-se nos modelos de planeamento estratégico em saúde de base populacional de Imperatóri e Giraldes (2) e de Pineault e Daveluy (1), tendo valorizado como etapas essenciais:



Inspirado em Pineault e Daveluy, 1987 (1); Imperatori e Giraldes, 1993 (2); Walt et al, 2008 (100); Buse et al, 2005 (101); Muff et al, 2017 (102); Nunes et al, 2016 (103); Costanza et al, 2016 (104)

Figura 5. Quadro de referência da investigação

INTRODUÇÃO

- O diagnóstico de situação, dedicado especificamente à identificação e priorização dos determinantes de saúde, a montante, e dos problemas e necessidades de saúde consequentes, a jusante. Os determinantes foram distribuídos por 5 categorias (105): i) ambientais (bio-físico-químicos); ii) comportamentais (individuais e de grupo); iii) biológicos; iv) relacionados com os serviços de saúde; e v) sociais e económicos.
- A fixação de objetivos de saúde.
- A seleção e negociação de estratégias de saúde.
- A seleção e negociação de estratégias de implementação, monitorização e avaliação.

Nas relações com o *contexto*, destaca-se a nível internacional o compromisso global assumido com a aprovação da Agenda 2030 (15) e o quadro de referência da OMS Europa expresso na Estratégia Health 2020 (33), e a nível nacional a política do governo quanto ao setor da saúde e à sustentabilidade.

No quadro lógico de referência da investigação (Figura 5), o contributo para a melhoria da saúde das populações e o fortalecimento dos sistemas de saúde surge na lógica da implementação dos *produtos* de planeamento estratégico, processo também interrelacionado com os *stakeholders* do processo de planeamento.

No que se refere ao enquadramento do planeamento estratégico em saúde no paradigma do desenvolvimento sustentável, optou-se por escolher como quadro referencial o modelo GAPFRAME, de Katrin Muff et al (*VI version*) (Figura 6) (102).

O GAPFRAME é um referencial normativo de monitorização dos ODS, que parte da translação dos ODS em questões de sustentabilidade, a partir das quais são propostos os respetivos indicadores de monitorização (102,106). No quadro de referência da investigação, a estrutura de translação dos ODS em questões de sustentabilidade do GAPFRAME serviu de modelo para a organização dos 17 ODS, que se encontram distribuídos pelas quatro dimensões de sustentabilidade do referencial – Planeta, Sociedade, Economia e Governação -, tanto a montante do processo de planeamento estratégico em saúde, como a jusante do processo de implementação⁴ (102). A montante, os ODS encontram-se implícitos na respetiva dimensão de sustentabilidade,

⁴ Dimensão Planeta: ODS 6, 7, 13, 14, 15; dimensão Sociedade: ODS 1, 2, 3, 4, 5; dimensão Economia: ODS 8, 9, 10, 11 e 12; dimensão Governação: ODS 16 e 17

INTRODUÇÃO

representando, no seu todo, o ponto de partida para a identificação e priorização dos determinantes de saúde explícita e implicitamente relacionados com os ODS e seus objetivos específicos, valorizando as respectivas inter-relações (103,104).

A jusante, os ODS distribuídos pelas quatro dimensões do GAPFRAME traduzem os contributos positivos da melhoria do estado de saúde das populações para o alcance de todos os ODS, e não apenas do especificamente dedicado à saúde (ODS 3), entendendo-se a *saúde* simultaneamente como pré-condição e como resultado do desenvolvimento sustentável.



Figura 6. O modelo GAPFRAME

Fonte: Muff et al, 2017 (102)

A trajetória positiva no sentido do cumprimento dos ODS parte da *saúde sustentável*, enquanto resultado da implementação dos produtos do planeamento estratégico em saúde enquadrado, integrado e alinhado com os princípios, valores e objetivos da Agenda 2030. A finalidade última da sequência lógica de todas as etapas, enquadradas e integradas na complexidade do modelo de desenvolvimento humano e social vigente, será contribuir para a progressiva evolução de um sistema sustentável, equitativo, intergeracional e próspero de pessoas saudáveis em equilíbrio com o resto da natureza (15,104).

1.9. Objetivos do estudo

Considerando, por um lado, o potencial do planeamento estratégico em saúde sustentável para contribuir para a melhoria do estado de saúde das populações e fortalecimento dos sistemas de saúde e, simultaneamente, para o alcance de resultados nos âmbitos ambiental, social e económico consistentes com o paradigma do desenvolvimento sustentável; e, por outro, os numerosos e complexos desafios que se colocam em termos de adequação dos modelos de planeamento, este projeto de investigação procurou responder à **pergunta de investigação**: *como pode o planeamento estratégico em saúde contribuir para a seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável?*

1.9.1. Objetivo geral

O objetivo geral do estudo é contribuir para a construção de um modelo de planeamento estratégico em saúde aos níveis internacional e nacional, em conformidade com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e os princípios, valores e objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

1.9.2. Objetivos específicos

Foram definidos quatro objetivos específicos:

Objetivo específico 1 (OE1). Contribuir para a reflexão sobre conceitos, instrumentos e características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde sustentável⁵, em Portugal e no mundo.

Objetivo específico 2 (OE2). Validar um referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis, em Portugal.

⁵ Para efeitos desta investigação, planeamento em saúde sustentável refere-se ao planeamento estratégico em saúde que promove a seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e os princípios, valores e objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Refere-se ao planeamento em saúde de base populacional que parte da saúde entendida simultaneamente como pré-condição e como resultado do desenvolvimento sustentável, visando, assim, estratégias de saúde que contribuem para o alcance do 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3) e, simultaneamente, de forma direta ou indireta, para o alcance da totalidade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (conceito definido no Glossário, página 151).

INTRODUÇÃO

Objetivo específico 3 (OE3). Identificar e ordenar por grau de relevância questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde de base populacional em Portugal.

Objetivo específico 4 (OE4). Contribuir para a compreensão da exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, em Portugal.

2. Material e Métodos

2.1. Abordagem metodológica, estratégia de investigação e desenho do estudo

Tendo em conta o problema em estudo, a pergunta de investigação e os objetivos, optou-se por uma abordagem metodológica de métodos mistos de dominância qualitativa (qualitative dominant mixed methods research) (107), tendo-se selecionado o *estudo de caso* como estratégia de investigação (108). O caso em estudo é o *planeamento estratégico em saúde* (Figura 5, página 31).

A resposta a dar aos objetivos específicos da investigação implicou a combinação de elementos metodológicos qualitativos e quantitativos, incluindo conceitos, perspetivas, técnicas de recolha e de análise de dados, o que conduziu à escolha de uma abordagem de métodos mistos (107,109).

A dominância metodológica qualitativa ficou a dever-se ao referencial teórico da investigação, com foco principal na compreensão de um fenómeno de cariz social embora influenciado por múltiplos fatores, designadamente, culturais, económicos e políticos, no seu contexto real, e com interesse primordial nas perceções, experiências e interações entre os vários *stakeholders* envolvidos (109–111). Por outro lado, a abordagem qualitativa contribui para a redução do desvio entre a evidência científica e a prática em saúde pública, pelo envolvimento direto dos *stakeholders* no processo investigacional (111), o que a torna particularmente adequada na investigação em *planeamento estratégico em saúde*, seja enquanto *prática* (31), ou na sua relação com o processo de implementação através do qual as estratégias são colocadas em ação (4,7,23). Salienta-se, ainda, que a abordagem metodológica qualitativa tem sido largamente usada na análise das políticas de saúde baseada no triângulo de análise de Walt e Gilson (112), um dos modelos base do quadro de referência desta investigação, o que contribuiu para a sua escolha como componente dominante. Contudo, a integração de métodos quantitativos permitiu o alargamento e aprofundamento da compreensão do fenómeno (107).

O *estudo de caso* foi escolhido como estratégia de investigação por se tratar de uma estratégia adequada à investigação em profundidade de um fenómeno complexo e contemporâneo, no seu contexto natural, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes, tendo em consideração as diversas relações que o situam e articulam no todo de que faz parte (108,109,113–118). Tem-se

revelado particularmente útil no estudo de fenómenos cujo corpo de conhecimentos não é suficiente para a colocação de questões causais (118,119).

O *estudo de caso* adequa-se ao estudo aprofundado do *planeamento estratégico em saúde*, no seu ambiente natural, por este se tratar de um fenómeno complexo, influenciado pelo contexto e influente sobre o mesmo, que tem sofrido mudanças ao longo do tempo e cuja análise aprofundada e nas suas várias facetas requer a utilização de diversas fontes e técnicas de recolha de dados (1-7,17,72). A natureza da pergunta de investigação deste projeto é também coerente com a escolha do *estudo de caso*. De acordo com Yin, o *estudo de caso* é com maior probabilidade apropriado para a resposta a perguntas de investigação que procuram compreender ou explicar (resposta a questões "... 'how' and 'why'...") (108, p.28)). Por outro lado, segundo Yin, a abordagem metodológica de métodos mistos pode ser particularmente adequada no *estudo de caso*, designadamente no *estudo de caso único*, permitindo abordar questões de investigação mais complexas e recolher uma variedade de dados mais vasta e de maior riqueza comparativamente com uma abordagem única (108).

Seguindo a nomenclatura de Yin (2009), foi realizado um *estudo de caso único* com duas *unidades de análise* embutidas (108), de tipo descritivo (108), pois pretendeu descrever aprofundadamente um fenómeno distinto – o processo de *planeamento estratégico em saúde* -, o contexto real em que ocorre – a Agenda 2030, internacionalmente, e as suas repercussões aos níveis europeu e nacional, e as inter-relações entre ambos (108,113). Ciente da influência do sistema de saúde de cada país no respetivo modelo de planeamento estratégico em saúde (17), a *unidade de análise* escolhida foi o *país*.

Do ponto de vista epistemológico, foi seguida uma abordagem maioritariamente *interpretativa*, centrada na compreensão de significados/contextos e processos segundo a perceção de diferentes perspetivas, tanto do ponto de vista individual como de significados sociais partilhados (119).

Definição de caso

Para efeitos deste projeto de investigação, a definição operacional do caso em estudo – *planeamento estratégico em saúde* – foi a seguinte: processo complexo, contínuo, dinâmico e abrangente, constituído por diversas fases e etapas interrelacionadas, que, embora numa lógica sequencial, se sobrepõem e intersejam ao longo do tempo, e que visam, no seu conjunto, e tendo como ponto de partida as necessidades de saúde de uma

população, definir objetivos de saúde, fixar prioridades acordadas e estabelecer estratégias de intervenção para o alcance desses objetivos, num certo espaço e em determinado período de tempo, tendo em consideração a realidade organizacional, incluindo os constrangimentos decorrentes dos recursos existentes, de forma coerente com as políticas vigentes, tendo por fim último a melhoria do estado de saúde das populações e o fortalecimento dos sistemas de saúde (1–5,8–10,17,18).

Unidades de análise

Na presente investigação, foram consideradas 2 unidades de análise:

- *Unidade de análise 1 (UA1)*: correspondeu a Portugal (unidade individual). Foi a *unidade de análise* estudada com maior aprofundamento ao longo de toda a investigação, tendo sido escolhida para dar resposta à totalidade dos objetivos específicos. De acordo com Thomas (2011) (116), tendo em conta o elevado grau de aprofundamento do seu estudo em comparação com o da *unidade de análise 2*, Portugal correspondeu à *unidade prática do estudo de caso*.
- *Unidade de análise 2 (UA2)*: correspondeu ao conjunto dos outros países do mundo (unidade de grupo). A *unidade de análise 2* contribuiu para a reflexão sobre conceitos, instrumentos e características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde sustentável no mundo, contribuindo para a resposta ao objetivo específico 1.

2.2. Recolha e análise de dados: abordagem geral

Afim do alcance de um conhecimento profundo e alargado do caso, foram usadas diversas fontes e técnicas de recolha de dados, e diferentes estratégias de análise de dados, indo ao encontro do recomendado no *estudo de caso* (108,109,119,120).

Conjugando os objetivos específicos da investigação com a procura da maior eficiência na condução do projeto, designadamente na recolha e organização dos dados, procurou-se sistematizar as várias etapas de recolha e de análise de dados através de quatro Estudos Específicos (representados na Figura 5, página 31).

Cada Estudo Específico (EE) foi desenhado para responder a um dos objetivos específicos (OE) da investigação. Cada EE comportou várias etapas operacionais, tendencialmente sequenciais, sem prejuízo da condução de processos de recolha e análise de dados em simultâneo, com novas etapas analíticas a informar o processo de recolha de dados adicionais e novos dados a informar os processos analíticos, conforme recomendado na

abordagem qualitativa (121). Os Estudos Específicos denominados de 1, 2 e 3 (EE1, EE2 e EE3) foram concretizados sequencialmente entre 2019 e 2022, embora com sobreposição temporal de algumas das respetivas etapas, designadamente por motivo de partilha de instrumentos de recolha de dados e respetiva aplicação. A sequência básica temporal permitiu que resultados do EE1 fossem utilizados no EE2, e do EE2 no EE3.

Cada EE foi executado por equipa de investigadores específica, liderada pela autora da investigação. Neste contexto, colaboraram investigadores do Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa e de outras instituições académicas e técnico-científicas (PF, AB, TC, PA, CM, FCB, APD, AR, MD, MLM, e PC)⁶.

Os Estudos Específicos 2, 3 e 4 foram desenvolvidos durante a elaboração do PNS 2030. Nesse período, a Direção-Geral da Saúde, enquanto instituição responsável pela coordenação da elaboração e execução do plano nacional de saúde (122), manifestou à autora desta investigação a vontade em retirar dos respetivos resultados contributos para o desenvolvimento do modelo e processo do planeamento estratégico em saúde em Portugal, e disponibilizou-se para apoiar o processo logístico da recolha de dados.

2.3. Estratégias de recolha e de análise de dados

No *estudo de caso*, foram utilizados dados primários e secundários provenientes de várias fontes, por inerência da abordagem metodológica escolhida – métodos mistos (107) -, reforçada pelo facto de se tratar de uma investigação de dominância qualitativa, tendo em conta a recomendação do seu uso nos estudos qualitativos, em geral, e no *estudo de caso*, em particular (108–110,113,119,120,123).

Como fontes de dados primários foram usadas as seguintes:

- Observação participativa

⁶ PF: Paulo Ferrinho (Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa, Portugal)
AB: André Beja (Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa, Portugal)
TC: Tiago Correia (Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa, Portugal)
PA; Pedro Aguiar (Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade NOVA de Lisboa, Portugal)
CM: Carlos Matos (Administração Regional de Saúde do Norte, Porto, Portugal)
FCB: Fernando Cupertino de Barros (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Brasil)
APD: António Pedro Delgado (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde)
AR: Armando Raggio (Campus Universitário Darcy Ribeiro Universidade de Brasília, Brasil)
MD: Martinho Dgedge (Inspeção de Saúde, Ministério da Saúde de Maputo, Moçambique)
MLM: Maria da Luz Mendonça (Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde, Cabo Verde)
PC: Plácido Cardoso (Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, Guiné-Bissau)

MATERIAL E MÉTODOS

- Análise documental
- Questionários.

Os dados secundários foram recolhidos a partir de fontes documentais selecionadas por revisão da literatura e através de análise documental.

Como população em estudo para aplicação dos questionários foram selecionados dois grupos de *stakeholders*.

Do ponto de vista analítico, recorreu-se a:

- Análise documental (124)
- Análise temática (120)
- Análise estatística univariada (109)
- Análise estatística para cálculo e interpretação do coeficiente alfa de Cronbach (125)
- Análise da materialidade (126).

Com base nos objetivos específicos e respetivos resultados esperados foi construída uma matriz de categorias de análise, que foi utilizada para organizar, categorizar e analisar os dados recolhidos em todos os estudos específicos e na análise do *estudo de caso* (Quadro 1). Foram selecionadas quatro categorias de análise:

- Conceitos e características processuais e metodológicas do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável;
- Instrumentos de apoio ao planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável;
- Questões de sustentabilidade e planeamento estratégico em saúde;
- Exequibilidade do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável.

Para a gestão e análise da documentação recorreu-se ao gestor de referências bibliográficas Zotero (versões 5.0 e 6.0) para armazenamento e organização dos documentos usados em toda a investigação, e ao *software* Adobe Acrobat® para apoio na pesquisa de termos em documentos em formato PDF (Portable Document Format).

A seleção das fontes e técnicas de recolha de dados, assim como das estratégias de análise de dados foram conduzidas pelo desenho do respetivo Estudo Específico.

MATERIAL E MÉTODOS

Quadro 1. Matriz de categorias de análise, fontes dos dados analisados e técnicas de análise utilizadas em cada categoria e subcategoria

Categorias de análise	Subcategorias de análise 1	Subcategorias de análise 2	UA	Observação participativa	Fontes documentais	Questionários	Análise documental	Análise temática	Análise estatística univariada	Análise coeficiente alfa de Cronbach	Análise da materialidade	estudos	
Conceitos e características processuais e metodológicas do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável	Perceções do planeamento sustentável		UA1 UA2	X	X		X	X				EE1	
	Participação dos cidadãos	Análise da materialidade	UA1 UA2	X	X		X	X				EE1	
	Articulação intersectorial		UA1 UA2	X	X		X	X				EE1	
	Condições de implementação		UA1 UA2	X	X		X	X				EE1	
Instrumentos de apoio ao planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável	Exemplos	Modelo GAPFRAME	UA1 UA2	X	X	X	X	X			X	EE1 EE2 EE3	
		Análise da materialidade	UA1 UA2	X	X		X	X			X	EE1 EE3	
	Referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde sustentável adaptado a Portugal	Adaptação do GAPFRAME	UA1						X				EE2
		Validação consistência interna	UA1				X				X		
Questões de sustentabilidade e planeamento estratégico em saúde	Stakeholders internos		UA1			X			X		X	EE3	
	Stakeholders externos					X			X		X		
	Stakeholders internos e externos					X			X		X		
Exequibilidade do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável	Aceitabilidade		UA1			X			X			EE4	
	Capacitação					X			X				
	Recursos					X			X				
	Exequibilidade					X			X				

Legenda: EE – Estudo Específico | UA – unidade de análise | UA1- corresponde à unidade de análise “Portugal” | UA2 – corresponde à unidade de análise “conjunto dos outros países do mundo”

2.3.1. Estudo Específico 1

Para responder ao objetivo específico 1 (OE1) foi conduzido um estudo qualitativo, descritivo, desenhado para proporcionar contributos para uma reflexão sobre conceitos, instrumentos, características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde sustentável, em Portugal e no mundo (EE1).

Conjugou as principais mensagens recolhidas sob uma estratégia de observação participativa nas apresentações e debate da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical: Políticas e Serviços de Saúde (5CNMT), realizado em Lisboa, no dia 12 de abril de 2019, organizado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa (dados primários), com dados extraídos de documentação científica, técnica e política recolhida por duas revisões da literatura de tipo narrativa (dados secundários).

A referida mesa-redonda contou com quatro oradores convidados provenientes do Brasil, Cabo-Verde, Guiné-Bissau e Moçambique (AR, MD, MLM, PC)⁷ e com um comentador convidado (APD⁸), proveniente de Cabo-Verde. No debate, participaram cerca de 80 pessoas, provenientes de Angola, Brasil, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e Portugal. A sessão contou com a participação de um relator (AB⁹) (de Portugal), encarregue de anotar os comentários e as intervenções no debate. A mesa-redonda foi organizada e moderada por dois coordenadores, um proveniente do Brasil (FCB¹⁰) e outro de Portugal (ACG¹¹).

Todos os oradores convidados tiveram acesso prévio a um texto-resumo (127) orientador, disponibilizado pelos organizadores do Congresso, com tópicos relativos ao tema, e onde foram sugeridos 4 subtemas para reflexão:

- a) participação do cidadão;
- b) articulação intersectorial para a ação sobre os determinantes sociais, visando a redução de desigualdades;

⁷ AR: Armando Raggio (Campus Universitário Darcy Ribeiro Universidade de Brasília, Brasil); MD: Martinho Dgedge (Inspeção de Saúde, Ministério da Saúde de Maputo, Moçambique); MLM: Maria da Luz Mendonça (Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde, Cabo Verde); PC: Plácido Cardoso (Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, Guiné-Bissau)

⁸ APD: António Pedro Delgado (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde)

⁹ AB: André Beja (Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa, Portugal)

¹⁰ FCB: Fernando Cupertino de Barros (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Brasil)

¹¹ ACG: Ana Cristina Garcia (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P., Portugal)

- c) reconhecimento do patamar do possível, do ponto de vista político e económico, sem perder de vista o patamar do que idealmente gostaríamos de alcançar;
- d) mobilidade populacional e problemas ambientais.

O conceito de planeamento sustentável proposto pelos organizadores foi também facultado previamente (127), sendo expresso como aquele que radica na definição de planeamento enquanto processo contínuo e dinâmico que vai do diagnóstico de situação à preparação da execução e se materializa através da implementação e da avaliação, e na definição de sustentabilidade enquanto resposta às necessidades e aspirações do presente, sem comprometimento das expectativas futuras.

O EE1 foi conduzido em dois momentos distintos:

- a) em 2019 foi realizada uma abordagem exploratória do tema a partir do material recolhido nas apresentações e outras intervenções da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde”. Como fontes de dados foram usadas a observação participativa e documentação recolhida por revisão da literatura de tipo narrativa;
- b) em 2020 foi efetuada a releitura dos resultados apurados em 2019 enquadrada por dados recolhidos na conjuntura da pandemia de COVID-19, à data, em curso. Como fontes de dados foram utilizadas fontes documentais decorrentes da atualização da revisão da literatura efetuada em 2019 e o material recolhido nas apresentações e outras intervenções da mesa-redonda.

2.3.1.1. Observação participativa

Os dados com origem na mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” foram recolhidos sob uma estratégia de observação participativa (128), o que permitiu a interação com os participantes em simultâneo com a recolha de dados.

Considerada uma estratégia única para investigar experiências, pensamentos, sentimentos e atividades humanas diversas, problemáticas, conflituosas, complexas e ricas, a observação participativa foi selecionada numa primeira aproximação à temática, pelo seu potencial para contribuir para a compreensão em profundidade do tema segundo a perspetiva de pessoas interessadas na problemática em investigação (128,129).

Como material de estudo, foram utilizados:

- as apresentações dos oradores convidados, sob a forma de comunicação oral apoiada pela projeção de diapositivos armazenados em ficheiros informáticos PowerPoint, e escrita, através dos diapositivos projetados;

- os comentários do comentador convidado;
- as intervenções orais no debate que se seguiu às apresentações.

Enquanto participante ativo e observador, o relator foi retirando, em simultâneo com a observação direta, notas a partir da transcrição manual das apresentações orais, comentários e intervenções no debate durante a sessão, que foi registando num documento intitulado, para efeitos deste estudo, *notas do relator* (NR). Outros participantes ativos e observadores incluíram membros da equipa de orientação desta tese de doutoramento (FCB e PF)¹².

As apresentações dos oradores em ficheiro *PowerPoint* e as *notas do relator* e de outros observadores foram posteriormente sujeitas a análise documental e análise temática.

2.3.1.2. Revisão da literatura de tipo narrativa

No seguimento da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde”, para complementar e enquadrar os achados da análise dos dados primários recolhidos e a discussão da temática, foram utilizadas fontes documentais resultantes de uma revisão da literatura de tipo narrativa (130). Tendo em conta a finalidade, a revisão de tipo narrativa pareceu adequada pelo seu potencial para proporcionar uma perspetiva alargada de um tópico, do ponto de vista teórico e contextual, por meio de sínteses narrativas alargadas de informação publicada anteriormente (130).

A revisão da literatura permitiu a recolha consistente de elementos para análise e discussão temática baseadas na interpretação e análise crítica da equipa de investigação (130–132).

Foram selecionados e recolhidos artigos científicos, documentos técnicos e documentos políticos, disponíveis em suporte digital nas bases de dados PubMed, Google Scholar e Google, publicados entre 1990 e 2019, e escritos em língua portuguesa e inglesa.

As palavras-chave foram selecionadas de acordo com os temas que emergiram da análise do material que proveio da mesa-redonda, sendo utilizadas as seguintes:

health, planning, sustainability OU *sustainable development* E *community participation*;
e *health, planning, sustainability* OU *sustainable development* E *intersectoral action*.

A revisão da literatura foi atualizada em 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19.

¹² FCB: Fernando Cupertino de Barros (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Brasil)
PF: Paulo Ferrinho (Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa, Portugal)

2.3.1.3. Análise documental e análise temática

Todo o material de estudo recolhido no EE1, tanto em 2019 como em 2020, foi sujeito a análise documental, enquanto análise de uma série de documentos de diversos tipos perante determinado objetivo (120). Foi realizada de forma manual, permitindo detetar, seleccionar e sintetizar os principais conteúdos relativos à temática (124). Seguindo o recomendado por Bowen (124) os materiais foram sujeitos a uma primeira leitura e interpretação. A qualidade dos documentos à partida seleccionados foi apreciada através dos quatro critérios de Scott, conforme citado por Robson (120): (a) autenticidade; (b) credibilidade; (c) representatividade; e (d) significado. De seguida, os conteúdos foram submetidos a análise temática, tendo-se efetuado uma nova leitura e interpretação dos dados, para reconhecimento de padrões e identificação dos temas emergentes (120,124). No EE1, a análise documental e a análise temática decorreram em três fases:

a) A primeira fase decorreu em 2019 (primeira parte do EE1) e compreendeu três etapas sequenciais:

- i) recolha e análise dos elementos que resultaram do material de estudo oriundo da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde”, de modo a identificar os principais temas que emergiram das apresentações e debate;
- ii) revisão da literatura e análise dos artigos e documentos resultantes, orientadas pelos resultados da etapa anterior;
- iii) análise integrada e discussão de todos os resultados.

Os resultados desta fase foram organizados em torno dos temas principais que emergiram da análise das apresentações e debate da mesa-redonda.

b) A segunda fase decorreu em 2020 (segunda parte do EE1) e compreendeu também três etapas sequenciais:

- i) atualização da revisão de literatura efetuada na fase anterior;
- ii) nova leitura das principais mensagens que resultaram da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT (Lisboa, 2019), enquadrada pelos resultados da atualização da revisão da literatura e cruzada com reflexões de autores e especialistas sobre o ímpeto criado pela pandemia de COVID-19;
- iii) no final, foi efetuada a análise integrada e discussão de todos os resultados desta fase.

c) Na terceira fase, foi efetuada a análise integrada e discussão dos resultados das duas fases anteriores, gerando, como resultados globais do EE1, contributos sobre conceitos, instrumentos e características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde sustentável, em Portugal e no mundo. No total, foram utilizados como fontes secundárias 64 documentos, entre artigos científicos, documentos técnicos e documentos políticos (4,7,14–16,44–52,64–67,102,103,106,126,133–174).

2.3.2. Estudo Específico 2

Para responder ao objetivo específico 2 (OE2) foi conduzido um estudo quali-quantitativo, transversal, desenhado para avaliar a consistência interna de um referencial de translação dos ODS em questões relevantes para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis em Portugal, previamente selecionado, com base na perceção da população em estudo (EE2).

O EE2 foi desenvolvido em 3 etapas sequenciais:

- a) com base nos resultados do EE1, a equipa de investigação selecionou e adaptou à saúde e a Portugal um instrumento de apoio à prática de planeamento sustentável;
- b) com base no instrumento produzido na etapa anterior, foi construído e aplicado um questionário;
- c) a partir dos dados recolhidos pelo questionário, foi analisada a consistência interna do novo instrumento com recurso ao coeficiente alfa de Cronbach.

2.3.2.1. Análise documental

Na primeira etapa do EE2, procedeu-se à revisão sistemática dos resultados do EE1 com a finalidade de selecionar um instrumento de apoio à prática do planeamento estratégico em saúde alinhado com a Agenda 2030 e respetivos Objetivos. Com base na interpretação e análise crítica da equipa de investigação, foi selecionado o referencial de translação dos ODS em questões relevantes de sustentabilidade proposto no modelo GAPFRAME, de Muff et al (102) (Figura 6, página 33), tendo-se valorizado, no processo de seleção, os aspetos seguintes:

- a) metodologia geral de construção do GAPFRAME: segundo os seus autores (102,106), trata-se de um referencial construído *à priori* para qualquer país do mundo; que teve por ponto de partida a Agenda 2030, *contexto* essencial nesta

investigação; e que se baseia nos resultados obtidos a partir de um processo bem definido e multiparticipado por peritos de vários países do mundo;

b) três das quatro dimensões de sustentabilidade do modelo GAPFRAME correspondem aos três pilares clássicos do desenvolvimento sustentável adotados pela Organização das Nações Unidas e Estados-Membros (14–16), sendo que a quarta dimensão - Governança -, é coerente com a valorização da “boa governação”(15, p.5) para o desenvolvimento sustentável e o alcance dos ODS salientada na Agenda 2030 (15);

c) a abordagem hierárquica da organização das quatro dimensões de sustentabilidade, interrelacionando-as de forma consistente com o conceito de desenvolvimento sustentável do Relatório de Brundtland (14) e os princípios da Agenda 2030 (15);

d) a distribuição dos ODS pelas quatro dimensões de sustentabilidade, permitindo estabelecer múltiplas inter-relações, como preconizado na Agenda 2030 (15). A inclusão dos ODS 16 e 17 na dimensão Governança foi interpretada como de maior adequação relativamente à inclusão em qualquer uma das três dimensões clássicas de sustentabilidade, o que valorizou o modelo GAPFRAME relativamente a outros referenciais disponíveis;

e) as questões/tópicos de sustentabilidade propostos no GAPFRAME, pela consistência com os ODS, embora acrescentando algumas questões que se encontram ausentes ou sub-representadas nos ODS, o que se considerou uma mais-valia (106).

A Figura 6 (que se pode consultar na página 33) apresenta as 24 questões/tópicos de sustentabilidade relevantes, segundo os seus autores, para todos os países e todas as áreas de intervenção (102,106), propostas no modelo GAPFRAME, distribuídas pelas dimensões de sustentabilidade do modelo, e com a devida correspondência aos ODS, conforme decidido pelos autores, em cada dimensão (102).

A adaptação para a saúde e a Portugal do referencial proposto no GAPFRAME foi efetuada pela equipa de investigação, tendo-se privilegiado adaptar o referencial original:

- à área específica em estudo – *saúde* -, tendo em conta as aspetos da realidade portuguesa, designadamente os fatores determinantes da saúde de maior prevalência em Portugal (175);
- em função da informação científica à data mais recente sobre questões de sustentabilidade na área da saúde.

A Figura 7 apresenta o referencial de sistematização de questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis adaptado para a saúde e Portugal com base no modelo GAPFRAME. Consta de 32 questões de sustentabilidade agrupadas por quatro dimensões: Planeta, Sociedade, Economia e Governança.

Dimensões de sustentabilidade (Pilar*; ODS)	Questões de sustentabilidade
<p>Governança (Paz e Parcerias; ODS: 16, 17)</p>	<p>Paz Equidade Parcerias locais Parcerias entre comunidades Parcerias nacionais Parcerias internacionais Finanças públicas Resiliência estrutural Integridade nos negócios Transparência</p>
<p>Economia (Prosperidade; ODS: 8, 9, 10, 11, 12)</p>	<p>Emprego Afetação de recursos Consumo sustentável Produção sustentável Inovação</p>
<p>Sociedade (Pessoas; ODS: 1, 2, 3, 4, 5)</p>	<p>Fatores biológicos da Pessoa Comportamentos individuais e de grupo Educação Condições de vida Igualdade de oportunidades Integração social Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados Qualidade de vida Pessoas em contextos e ambientes específicos</p>
<p>Planeta (Planeta; ODS: 6, 7, 13, 14, 15)</p>	<p>Biodiversidade Emissões de carbono Oceanos Solo e floresta Ar limpo Água Energia limpa Tratamento de resíduos</p>

Legenda: ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | *Segundo a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

Nota: Foram utilizadas as quatro dimensões de sustentabilidade do modelo GAPFRAME (102)

Figura 7. Referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde, adaptado do modelo GAPFRAME

2.3.2.2. Questionário – questões de sustentabilidade

Para determinar a validade de construto (176) do referencial adaptado a Portugal com base no modelo GAPFRAME, foi selecionada como técnica de recolha de dados o questionário.

Embora não seja considerada uma das técnicas mais representativas na investigação qualitativa (177), alguns autores afirmam a sua utilidade designadamente na recolha de perceções (120,123). Por outro lado, tem a vantagem de possibilitar a recolha de dados sem interação interpessoal, vantagem de elevado valor à data, face às restrições de contato interpessoal impostas pela situação de pandemia de COVID-19. As vantagens apontadas fundamentam a escolha do questionário como técnica de recolha de dados nesta investigação. De salientar, ainda, que o facto de permitir lidar com número alargado de participantes (120,123) afigurou-se como vantajoso, face à impossibilidade de utilizar outras técnicas, designadamente, de consenso, no processo de validação.

População em estudo

A população em estudo foi constituída pelos membros da Comissão de Acompanhamento do PNS 2030, criada em 2019 sob a responsabilidade da DGS, como grupo representante das partes interessadas, direta ou indiretamente, na saúde em Portugal.

Constituída pela Diretora-Geral da Saúde (GF)¹³ com o apoio da Diretora Executiva do PNS (FQ)¹⁴ e da Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (CTEPNS), integrava, à data 127 pessoas, provenientes de todos os setores de atividade e de diversas áreas profissionais em Portugal, internas e externas ao setor da saúde, de âmbito público ou privado (pode consultar-se no Anexo 1). A análise da sua composição permitiu verificar que os respetivos membros reuniam, à data e no seu todo, os requisitos adequados ao previsto para os participantes no EE2, designadamente representantes das diversas partes interessadas na saúde e bem-estar sustentáveis, nos sistemas de saúde e nos processos de planeamento estratégico em saúde em Portugal, o que justificou a sua seleção como população em estudo no EE2.

A população em estudo incluiu (Figura 8):

- *stakeholders* da área da saúde (n=73; 57,5%);

¹³ GF: Graça Freitas (Direção-Geral da Saúde, Portugal)

¹⁴ FQ: Fátima Quitério (Direção-Geral da Saúde, Portugal)

- *stakeholders* de outros setores e de áreas sociais externas à, mas potencialmente determinantes da, saúde (n=54; 42,5%), dos quais 46 (36,2% do total; 85,2% do grupo dos setores e áreas sociais externas à saúde) provinham de outras áreas sociais que não a saúde, e 8 dos setores ambiental e económico (n=2 e n=6, respetivamente).

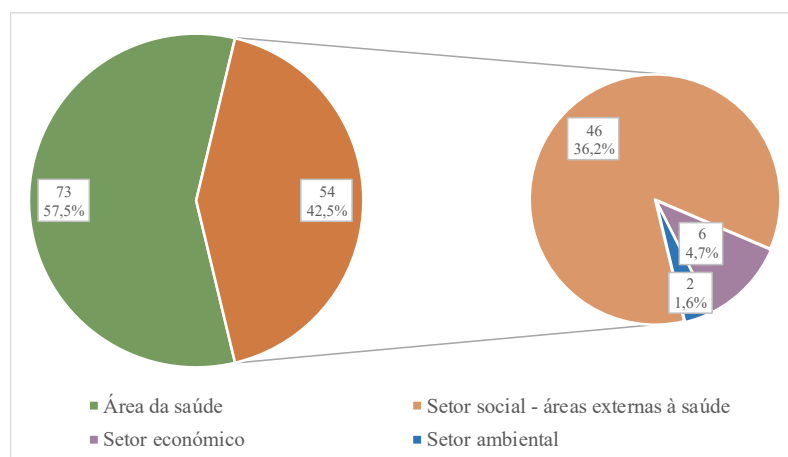


Figura 8. Distribuição dos membros da população em estudo por setor de atividade

Da área da saúde, estavam representados os cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, cuidados continuados e paliativos, as coordenações de programas de saúde e da prestação de cuidados a grupos vulneráveis, entre outros.

Dos setores e áreas externos à saúde, a população em estudo incluiu representantes dos órgãos do governo central e do poder local, das entidades coordenadoras do desenvolvimento social e económico aos níveis regional e nacional, da educação e desporto, da academia, das forças de segurança e da proteção civil, de grupos organizados de cidadãos da sociedade civil, de organizações profissionais da área da saúde, dos sindicatos e do setor empresarial (Figura 9).

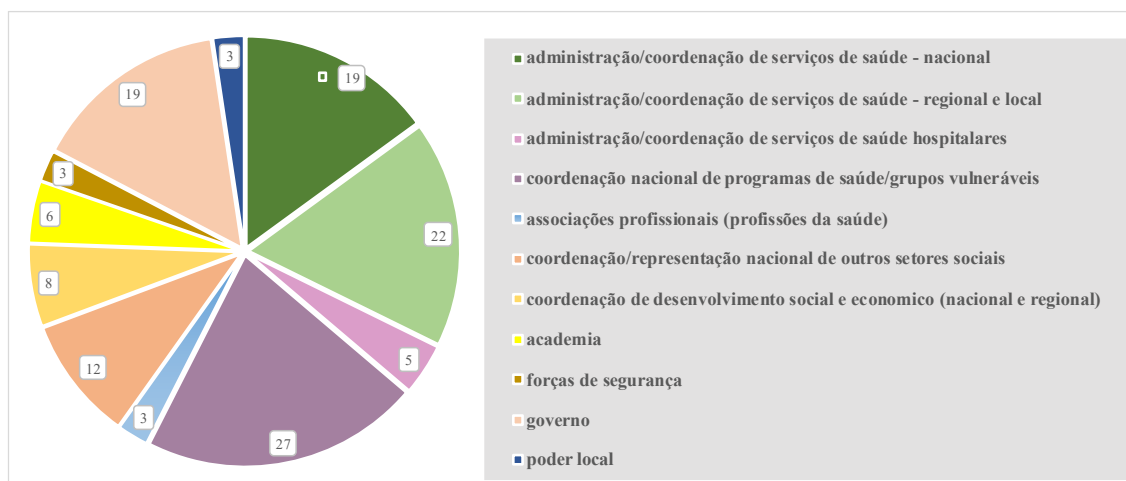


Figura 9. Distribuição dos membros da população em estudo por área específica de atividade

Variáveis e escala de medida

Para a etapa de validação, foram definidas 35 variáveis, do tipo qualitativo:

- 3 variáveis de caracterização laboral/representação da população (nominais): *setor laboral/representação em função das dimensões do modelo concetual do desenvolvimento sustentável, setor laboral/representação em função do tipo de entidade empregadora, atividade laboral/representação no âmbito da saúde;*
- 32 variáveis de sustentabilidade (ordinais), correspondendo cada uma delas a uma das 32 questões de sustentabilidade do referencial de sistematização de questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis em Portugal, produzido na etapa anterior (apresentado na Figura 7, página 48).

A medição das variáveis de sustentabilidade foi efetuada através de uma escala tipo Likert (178) de 10 pontos, em que o valor “1” significou “sem importância” e “10” “muito importante”.

O Quadro 2 apresenta os valores e significado operacional das escalas tipo Likert utilizadas nesta investigação na medição do grau de importância, do grau de aceitabilidade, do grau de exequibilidade e do grau de utilidade. A medição da aceitabilidade, exequibilidade e utilidade foi efetuada no EE4.

Quadro 2. Escala tipo Likert para medição do grau de importância, grau de aceitabilidade, grau de utilidade e grau de exequibilidade

Valores	Significado operacional (importância/aceitabilidade/exequibilidade/utilidade)
1	nula (sem importância/não aceitável/não exequível/sem utilidade)
2	mínima
3	muito baixa
4	baixa
5	média baixa
6	média alta
7	elevada
8	muito elevada
9	muitíssimo elevada
10	máxima (muito importante/ perfeitamente aceitável/perfeitamente exequível/muito útil)

Instrumento e operacionalização da recolha de dados

Tratou-se de um questionário estruturado, de autopreenchimento, distribuído em suporte virtual, com garantia da anonimização da identidade dos participantes.

Foi construído, distribuído e recolhido através da plataforma informática REDCap (Research Electronic Data Capture), considerada uma aplicação informática segura para a construção e gestão de inquéritos e bases de dados ligados informaticamente, garantindo total anonimização dos dados, sem possibilidade de associação ao nome, computador ou endereço eletrónico dos participantes, e que possibilita a solicitação de consentimento informado, livre e esclarecido para participação. O acesso à aplicação foi disponibilizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

O questionário foi disponibilizado em dezembro de 2021 e esteve acessível durante 2 meses. O respetivo acesso foi facultado aos participantes por mensagem eletrónica nominal. Na expectativa de minimizar a potencial baixa adesão ao seu preenchimento (120,123), foram efetuados dois lembretes, também por mensagem eletrónica, durante o intervalo de tempo em que esteve acessível. Com a mesma intenção, a disponibilização do questionário foi precedida pela respetiva apresentação à população em estudo em reunião virtual efetuada através da plataforma de comunicação à distância Zoom Meetings, onde foram explicados o enquadramento, o objetivo da recolha de dados, as questões em estudo e as instruções de preenchimento. No final, foi dada a oportunidade para colocação e esclarecimento de dúvidas sobre o instrumento.

O questionário, que se apresenta no Anexo 2, contém 35 perguntas fechadas, distribuídas por duas partes:

- Parte I: diz respeito à caracterização sectorial da população respondente (3 perguntas);
- Parte II: é constituída por 32 perguntas, agrupadas em 2 secções:
 - A primeira secção tem por pergunta-base a seguinte: Qual o grau de importância, realçado pela pandemia de COVID-19, que atribui a cada uma das questões/temas seguintes, enquanto determinante do alcance da Saúde e Bem-estar?
 - A pergunta-base da secção seguinte é: Qual o grau de importância, realçado pela pandemia de COVID-19, que atribui a cada uma das questões/temas seguintes, enquanto facilitador do alcance da Saúde e Bem-estar?

Em cada secção, sob a pergunta-base constam as questões de sustentabilidade do referencial utilizado (Quadro 3).

Análise

Foi efetuada a análise estatística univariada de todos os dados recolhidos por questionário, através da distribuição de frequências absolutas e relativas para todas as variáveis, e do cálculo da média, mediana, moda e desvio padrão das pontuações atribuídas através da escala tipo Likert seleccionada para as variáveis ordinais.

Para analisar a consistência interna foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach (179), para o referencial no seu todo e por dimensão de sustentabilidade, e calculadas e analisadas as respetivas matrizes de correlação entre itens e estatísticas de item-total.

O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado através da fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k - 1} \right) \times \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_t^2} \right)$$

α =coeficiente alfa de Cronbach

k= número de itens

s_i^2 = variância de cada item

s_t^2 = variância do score total formado pela soma de todos os itens

Cada item corresponde a uma questão de sustentabilidade do referencial

Quadro 3. Perguntas-base da Parte II do *questionário – questões de sustentabilidade* aplicado nos Estudos Específicos 2 e 3

Pergunta-base	Dimensão (Pilar)* e Questão de sustentabilidade
Qual o grau de importância, realçado pela pandemia de COVID-19, que atribui a cada uma das questões/temas seguintes, enquanto determinante do alcance da Saúde e Bem-estar?	Sociedade (Pilar Pessoa) 1. Fatores biológicos da Pessoa 2. Comportamentos individuais e de grupo 3. Educação 4. Condições de vida 5. Igualdade de oportunidades 6. Integração social 7. Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados 8. Qualidade de vida 9. Pessoa em contextos e ambientes específicos Economia (Pilar Prosperidade) 10. Emprego 11. Afetação de recursos 12. Consumo sustentável 13. Produção sustentável 14. Inovação Ambiente (Pilar Planeta) 15. Biodiversidade 16. Emissões de carbono 17. Oceanos 18. Solo e floresta 19. Ar limpo 20. Água 21. Energia limpa 22. Tratamento de resíduos
Qual o grau de importância, realçado pela pandemia de COVID-19, que atribui a cada uma das questões/temas seguintes, enquanto facilitador do alcance da Saúde e Bem-estar?	Governança (Pilares Paz e Parcerias) 23. Paz 24. Equidade 25. Parcerias locais 26. Parcerias entre comunidades 27. Parcerias nacionais 28. Parcerias internacionais 29. Finanças públicas 30. Resiliência estrutural 31. Integridade nas negociações 32. Transparência

Legenda: * pilar de sustentabilidade conforme a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (15)

Para as respostas não-válidas (*missings* – ausência de resposta -, ou *sem opinião* – código 99 do questionário) foram adotados os critérios sugeridos por Freitas e Rodrigues (125), em função da proporção de respostas não-válidas por participante em cada dimensão:

- nos casos em que o número de respostas não-válidas foi superior a 50% das respostas dadas por um determinado participante, todas as suas respostas foram excluídas do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach dessa dimensão;

- nos casos em que o número de respostas não-válidas foi inferior ou igual a 50% das respostas dadas, no cálculo do coeficiente alfa de Cronbach substituiu-se a resposta não-válida pelo valor médio das pontuações atribuídas pelo respetivo participante aos demais itens da dimensão em análise.

Na avaliação da consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach foi utilizada a classificação de confiabilidade recomendada por Freitas e Rodrigues (125), apresentada no Quadro 4.

Quadro 4. Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente alfa de Cronbach

Confiabilidade	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
Valor de α de Cronbach	$\alpha \leq 0,30$	$0,30 < \alpha \leq 0,60$	$0,60 < \alpha \leq 0,75$	$0,75 < \alpha \leq 0,90$	$\alpha > 0,90$

Legenda: α =alfa

Fonte: Freitas e Rodrigues (125)

Todas as análises foram efetuadas com recurso ao programa estatístico IBM SPSS® Statistics Version 26.

2.3.3. Estudo Específico 3

Para responder ao objetivo específico 3 (OE3), foi conduzido um estudo da materialidade (EE3), estudo quali-quantitativo, com vista à priorização por grau de relevância de questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde de base populacional em Portugal, baseado no referencial adaptado do modelo GAPFRAME e validado no que se refere à consistência interna no EE2.

Adicionalmente, o EE3 permitiu explorar o uso de um referencial adaptado do modelo GAPFRAME como quadro de referência numa análise da materialidade aplicada ao planeamento em saúde sustentável, e refletir até que ponto este pode contribuir mais largamente para o planeamento estratégico em saúde sustentável.

O estudo da materialidade (*materiality assessment*) foi selecionado tendo em conta o seu potencial para priorizar questões e, ou tópicos suficientemente expressivas num determinado contexto ou setor de atividade para serem relatadas, e, ou importantes para que sejam abordados no planeamento estratégico duma organização, designadamente através da análise da materialidade (*materiality analysis*) (126). A análise da materialidade foi selecionada como técnica analítica privilegiada no EE3, pelo potencial para priorizar as questões (ou tópicos) “materiais” a partir das respostas dos principais

stakeholders (133) quanto à importância e impacto de questões de sustentabilidade relevantes (126,133).

2.3.3.1. Estudo da materialidade - operacionalização

O EE3 foi operacionalizado segundo uma adaptação do recomendado pela Global Reporting Initiative (GRI) (180), organização internacional independente pioneira em relatórios de sustentabilidade empresarial (133).

A GRI recomenda o desenvolvimento do estudo da materialidade em 6 etapas (180):

- a) Seleção dos participantes, que deverão ser parte interessada do tema nuclear em análise (*stakeholders*);
- b) Escolha dos tópicos/questões de sustentabilidade;
- c) Construção do questionário;
- d) Aplicação do questionário;
- e) Seleção da técnica de validação dos resultados obtidos através dos questionários;
- g) Seleção da matriz de materialidade.

O referencial da GRI foi adaptado pela autora da investigação em função dos objetivos e da estratégia de investigação escolhida e sua operacionalização.

Seleção dos participantes

Os membros da Comissão de Acompanhamento do PNS 2030 (127 pessoas) foram selecionados como *stakeholders* participantes no estudo da materialidade.

Coincidindo com a população em estudo do EE2, encontra-se descrita no subcapítulo 2.3.2.2. (páginas 49 a 51).

Tópicos/questões de sustentabilidade

Como referencial do estudo da materialidade foi selecionado o referencial de translação dos ODS em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde adaptado do modelo GAPFRAME e avaliado do ponto de vista da consistência interna no EE2.

Deste modo, foram selecionados como tópicos/questões de sustentabilidade as 32 questões do referido referencial (Figura 7, página 48), seguindo a mesma distribuição por dimensões.

Construção do questionário

Tendo-se optado por analisar a percepção dos *stakeholders* quanto à relevância das 32 questões de sustentabilidade do referencial do estudo, enquanto determinantes ou facilitadores do alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar, e tendo-se selecionado

a mesma população em estudo, admitiu-se que os dados recolhidos através do questionário de autopreenchimento usado no EE2 (*questionário – questões de sustentabilidade*, apresentado no Anexo 2) seriam adequados e suficientes para a análise no estudo da materialidade.

A especificação das variáveis (3 de caracterização dos participantes e 32 variáveis de sustentabilidade), da escala de medida (tipo Likert de 10 pontos, entre “1” - “sem importância” e “10” - “muito importante”) e dos procedimentos do processo de aplicação do questionário pode encontrar-se no capítulo 2.3.2.2. (páginas 49 a 53).

Validação dos resultados obtidos através dos questionários

Os critérios usados nos processos prévios de seleção do referencial utilizado e os resultados da análise da consistência interna foram considerados suficientes para garantir a validade de construto, pelo que, no EE3, se prescindiu desta etapa.

Seleção da matriz de materialidade

Como recomendado pela GRI (126,180), na análise foram construídas matrizes de materialidade enquanto representações gráficas adequadas à síntese dos tópicos/questões priorizados de acordo com a respetiva materialidade relativa (180).

No EE3, a matriz de materialidade foi escolhida para contrastar os *stakeholders* da área da saúde (*stakeholders* internos) com os *stakeholders* externos à saúde (*stakeholders* externos).

2.3.3.2. Análise da materialidade

Para efeitos de análise, foram consideradas três subpopulações em estudo:

- *stakeholders* da área da saúde;
- *stakeholders* de áreas sociais externas à, mas potencialmente determinantes da, saúde;
- *stakeholders* dos setores ambiental e económico.

Foi efetuada a análise estatística univariada de todos os dados recolhidos, por subgrupo em estudo, através da distribuição de frequências absolutas e relativas para todas as variáveis, e do cálculo da média, mediana e moda das pontuações atribuídas através da escala tipo Likert selecionada, para as variáveis ordinais.

A análise bivariada foi efetuada com recurso à análise da materialidade para contrastar os valores médios obtidos para cada questão de sustentabilidade entre os três subgrupos em

estudo. Os resultados da análise da materialidade foram apresentados sob a forma de matrizes de materialidade (126).

Todas as análises foram efetuadas com recurso ao *software* Estatístico R® versão 3.1.

2.3.4. Estudo Específico 4

Para responder ao objetivo específico 4 (OE4), foi conduzido em 2019 um estudo descritivo com aplicação de questionário, a fim de obter dados relativos à perceção dos profissionais de saúde pública sobre a aceitabilidade, capacitação, recursos e exequibilidade do planeamento em saúde sustentável no nível subnacional em Portugal (EE4).

Adicionalmente, o EE4 permitiu caracterizar os profissionais de saúde pública quanto à formação e experiência profissional em atividades de planeamento em saúde e explorar a motivação para a aplicação de um modelo referencial para o planeamento em saúde sustentável.

2.3.4.1. Questionário – profissionais de saúde pública

Como técnica de recolha de dados foi escolhido o questionário atendendo às vantagens da sua aplicação no estudo das perceções e ao potencial para lidar com número alargado de participantes (120,123), face à previsão da dimensão da população em estudo.

População em estudo

A população em estudo foi constituída por 116 profissionais dos serviços operativos de saúde pública de âmbito subnacional - regional (profissionais das Administrações Regionais de Saúde) e local (profissionais das Unidades de Saúde Pública dos ACES/ULS) -, que participaram no Workshop Planeamento Subnacional em Saúde Sustentável, organizado pela DGS, entre novembro e dezembro de 2019. De cada serviço, participaram na formação dois profissionais, pelo menos um dos quais médico de saúde pública, de acordo com os critérios de seleção para a formação.

O Workshop Planeamento Subnacional em Saúde Sustentável foi uma ação de formação promovida e coordenada pela Diretora Executiva do PNS e a CTEPNS, com a duração de 18 horas distribuídas ao longo de 3 dias, com uma estrutura teórico-prática. Foi desenvolvida em 3 edições, abrangendo a totalidade do País, realizadas entre novembro e dezembro de 2019, com o objetivo geral de contribuir para o fortalecimento dos serviços operativos de saúde pública regionais e locais no reforço do planeamento estratégico em

saúde de base populacional. Os objetivos específicos da formação foram: i) apoiar a capacitação/organização das estruturas regionais e locais para o planeamento em saúde sustentável; e ii) apoiar a criação/aperfeiçoamento de um referencial técnico para o desenvolvimento dos planos subnacionais de saúde, e em especial, dos Planos Locais de Saúde.

As características dos profissionais participantes no referido Workshop justificaram a sua escolha enquanto população em estudo do EE4, tendo em conta o objetivo específico a alcançar (OE4).

Variáveis e escala de medida

Foram consideradas 37 variáveis, qualitativas (nominais, ordinais e tipo texto):

1. Variáveis de caracterização demográfica e profissional dos participantes (n=6): *sexo, idade, região onde trabalha, profissão, categoria profissional, outra profissão;*
2. Variáveis de formação profissional (n=6): *formação específica ou especializada em planeamento em saúde de base populacional, Curso de Especialização em Saúde Pública, outra formação específica, tipo de outra formação, ano de realização, duração;*
3. Variáveis de experiência profissional em planeamento em saúde (n=10): *participação em atividades de planeamento em saúde, diagnóstico de situação, seleção de estratégias, definição de prioridades, fixação de objetivos de saúde, monitorização e, ou avaliação de plano estratégico de saúde, planeamento e gestão de programas de saúde, planeamento de serviços, contratualização, monitorização e, ou avaliação de programa ou de plano de atividades;*
4. Variáveis relacionadas com o modelo e processo de planeamento em saúde (n=13): *aceitabilidade–profissionais de saúde, aceitabilidade–parceiros sociais (geral), aceitabilidade–autarquias, aceitabilidade–população, capacitação–conhecimentos, capacitação–instrumentos, recursos-tempo, recursos-informação, recursos humanos, recursos financeiros, exequibilidade, concordância com quadro concetual, outro quadro concetual;*
5. Variável relativa à utilidade da ação de formação: *utilidade;*
6. Variável relativa à disponibilidade para participar em futuros estudos: *disponibilidade.*

Pode consultar-se a descrição operacional sumária das variáveis do EE4 no Anexo 3.

No que respeita à escala de medida, usaram-se variáveis nominais, ordinais e de intervalo. A medição das variáveis ordinais *exequibilidade* e *utilidade* foi efetuada através de uma escala tipo Likert de 10 pontos, em sentido crescente de intensidade de 1 para 10 (apresentada no Quadro 2, página 52).

Instrumento e operacionalização da recolha de dados

No EE4, foi usado um questionário estruturado, de autopreenchimento, constituído por 34 perguntas fechadas e três perguntas abertas, distribuído em suporte de papel, com garantia da anonimização da identidade dos participantes (pode consultar-se no Anexo 4). O questionário foi distribuído no 3º dia da ação formativa Workshop Planeamento Subnacional em Saúde Sustentável, preenchido em sala e devolvido diretamente à autora da investigação no próprio dia. Na apresentação do questionário, foram explicados o enquadramento, o objetivo da recolha de dados, as questões em estudo e as instruções de preenchimento. No final, foi dada a oportunidade para colocação e esclarecimento de dúvidas sobre o instrumento.

Foi garantida a anonimização de dados e solicitada a aceitação da participação livre e esclarecida.

Análise

Foi efetuada a análise estatística univariada dos dados recolhidos, através da distribuição de frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e do cálculo da média, mediana e moda das pontuações obtidas nas variáveis ordinais.

Todas as análises foram efetuadas com recurso ao programa estatístico IBM SPSS® Statistics Version 26.

2.4. Estratégia de análise do estudo de caso

Os resultados do *estudo de caso* emergiram essencialmente da análise integrada dos dados recolhidos e analisados nos quatro Estudos Específicos, procurando assegurar-se a maior convergência a fim de descrever em profundidade e compreender o caso no seu todo (108,113).

Tendo por referência o modelo lógico da investigação, e sendo conduzida pela pergunta de investigação e objetivos específicos, a análise centrou-se no caso – *planeamento estratégico em saúde* -, considerando as duas unidades de análise selecionadas: a UA1, correspondente a Portugal, e a UA2, correspondente ao conjunto dos outros países do mundo.

A matriz de categorias de análise construída para esta investigação (especificada no Quadro 3, subcapítulo 2.3, página 41) foi utilizada como matriz-base da integração e combinação dos resultados dos Estudos Específicos.

Enquanto processo que utiliza e integra múltiplas perspetivas na procura de linhas de evidência convergentes entre todos os envolvidos, privilegiou-se a triangulação como estratégia de convergência das evidências e de validação (108,113,117,118,181,182). Procurou-se, através da triangulação, tornar evidente o entendimento das várias formas pelas quais o fenómeno em estudo foi percecionado e expresso.

Seguindo a nomenclatura de Patton, utilizou-se a triangulação de fontes de dados, a triangulação de métodos de recolha de dados e a triangulação de resultados, na procura de consistências mas, também, de inconsistências, como recomendado pela mesma autora (182).

2.5. Considerações éticas

Foram assegurados todos os procedimentos éticos inerentes a execução de projetos de investigação.

Devido ao facto de a autora da investigação exercer profissionalmente no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA) e seguindo os procedimentos da Comissão de Ética para a Saúde do referido Instituto, o protocolo do projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (CES-INSA) tendo obtido parecer favorável (pode consultar-se no Anexo 5).

O parecer da CES-INSA foi posteriormente comunicado à Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa, tendo recebido informação favorável ao desenvolvimento da investigação (pode consultar-se nos Anexos 6 e 7).

Os dados foram utilizados exclusivamente para fins de investigação, sob garantia de confidencialidade da identidade de todos os participantes. Foi pedido o consentimento informado a todos os participantes.

A autora foi membro da Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (CTEPNS) entre fevereiro de 2018 e maio de 2023. A referida nomeação ocorreu após a escolha do tema da tese e o desenvolvimento do plano de tese (o qual decorreu entre julho de 2017 a janeiro de 2018) e as funções desempenhadas não interferiram com o

MATERIAL E MÉTODOS

desenvolvimento da investigação, pelo que se declara a não existência de conflitos de interesse.

3. Resultados

O capítulo de resultados encontra-se estruturado em função da relação entre os objetivos específicos e o desenho operacional da investigação, que se procura esquematizar na Figura 10. É constituído por quatro subcapítulos, que correspondem essencialmente à resposta a cada um dos quatro objetivos específicos, decorrente da análise dos dados recolhidos no âmbito do respetivo Estudo Específico (EE).

São, assim, apresentados sequencialmente os resultados que, no seu conjunto, permitiram (Figura 10):

1. uma reflexão sobre conceitos, instrumentos e características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde sustentável;
2. a avaliação da consistência interna de um referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal, com base no modelo GAPFRAME, de Katrin Muff et al;
3. a ordenação de questões relevantes para a elaboração e implementação de planos de saúde sustentável, por ordem de relevância percecionada por *stakeholders* nacionais selecionados;
4. um contributo para a compreensão da aceitabilidade, capacitação, recursos e exequibilidade do planeamento em saúde sustentável enquanto *prática*, ao nível subnacional em Portugal.

3.1. Conceitos, instrumentos e características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde sustentável

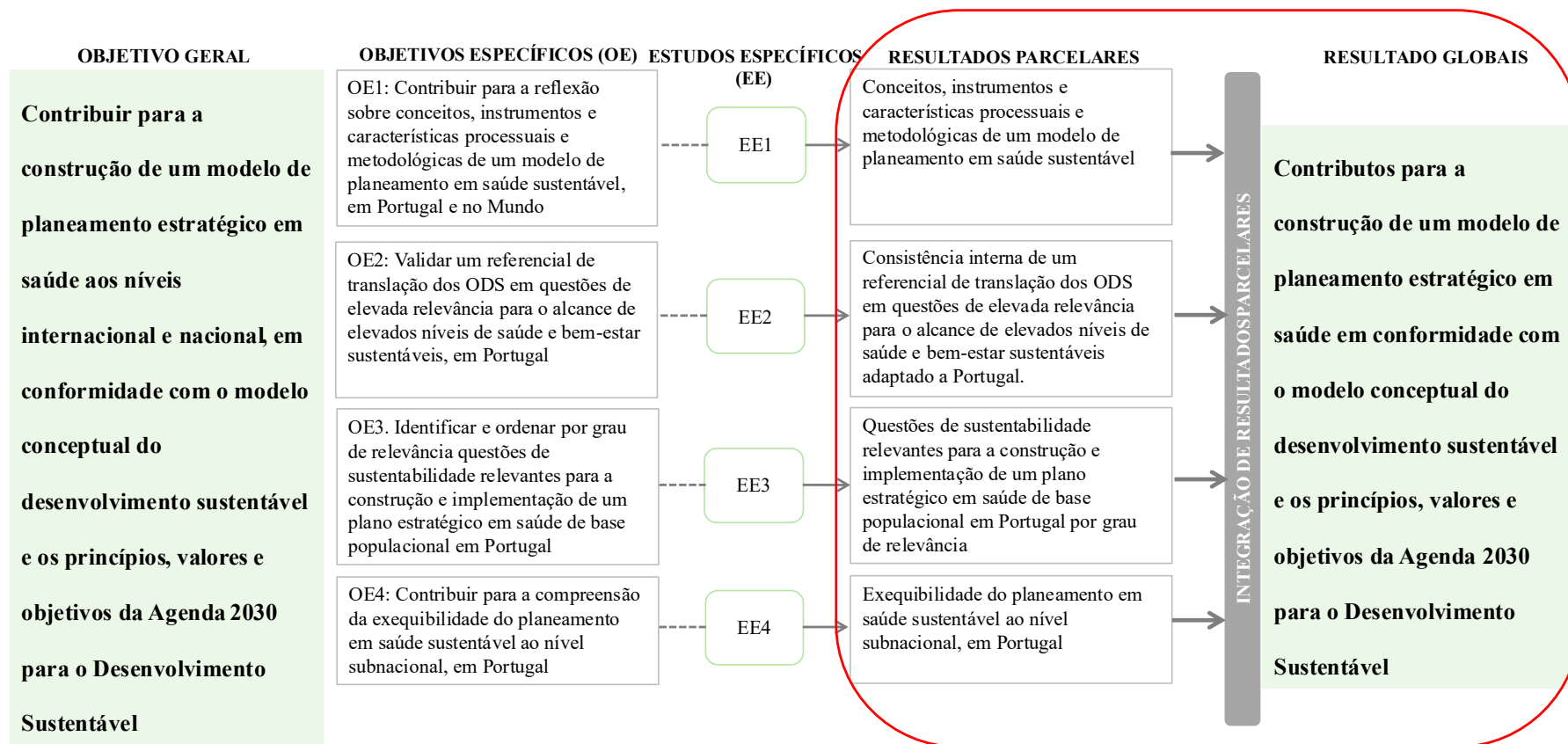
3.1.1. Desafios concetuais, processuais e metodológicos debatidos no 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical: uma perspetiva internacional

Da análise do material com origem nas apresentações, comentários e debate da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical: Políticas e Serviços de Saúde (5CNMT) (Lisboa, 2019), com participantes de vários países, emergiram quatro temas principais:

- i) perceções do planeamento sustentável;
- ii) planeamento sustentável e participação dos cidadãos;
- iii) planeamento sustentável e articulação intersectorial;

RESULTADOS

Pergunta de investigação: *como pode o planeamento estratégico em saúde contribuir para a seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o modelo concetual do desenvolvimento sustentável e com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável?*



Legenda: ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Figura 10. Representação esquemática da relação lógica entre os objetivos da investigação, os estudos específicos realizados e os resultados parcelares e globais

iv) planeamento sustentável e condições de implementação.

Com exceção do primeiro, observa-se que são temas alinhados com três dos subtemas para reflexão sugeridos pelos organizadores do Congresso antes da sessão (127): a) participação do cidadão; b) articulação intersectorial para a ação sobre os determinantes sociais, visando a redução de desigualdades; e c) reconhecimento do patamar do possível, do ponto de vista político e económico, sem perder de vista o patamar do que idealmente gostaríamos de alcançar. O quarto subtema sugerido - mobilidade populacional e problemas ambientais - foi abordado de forma transversal durante o debate.

3.1.1.1. Perceções de planeamento sustentável

A variabilidade da interpretação do termo “planeamento sustentável” foi uma constante ao longo do debate, em função de diferentes significações dos termos “sustentável”, “sustentabilidade” e “planeamento sustentável”, embora aparentemente sem prejuízo do entendimento dos subtemas em debate.

Algumas das interpretações de planeamento sustentável situaram-se na esfera do “planeamento para o desenvolvimento sustentável” ou do “planeamento do desenvolvimento sustentável”, de que são exemplos, o planeamento: “*alinhado com os ODS*”, “*baseado no equilíbrio dos três pilares do desenvolvimento sustentável: ambiente, sociedade e economia*”, “*que responde às necessidades sem prejuízo ecológico e sem comprometer as gerações futuras*”, “*se orienta para as necessidades das pessoas e da comunidade*” (notas do relator) (NR).

Contudo, só uma minoria dos participantes enquadrou o termo “planeamento sustentável” como sendo o planeamento que contribui para a consecução dos ODS, sendo observadas outras interpretações em que o termo “sustentável” foi utilizado como sinónimo de “*algo que perdura*” ou “*se mantem*” ou de “duradouro”, e não, pelo menos de forma direta, como um termo afim ao desenvolvimento sustentável, destacando-se, por exemplo, as seguintes: o entendimento de planeamento sustentável como o “*planeamento que garante a continuidade do ciclo de planeamento*”, e a questão “*planeamento sustentável refere-se ao processo de planear ou de garantir a implementação?*” (NR)

Essa variabilidade é consistente com a falta de consenso descrita na literatura consultada quanto à perceção dos conceitos “sustentável” e “sustentabilidade”.

Nos documentos analisados, os dois termos usados para designar o planeamento que promove a seleção e implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável foram

os de “planeamento para o desenvolvimento sustentável” (*planning for sustainable development*) (47,49,52) e “planeamento do desenvolvimento sustentável” (*sustainable development planning*) (47,50,65,134), sendo que alguns autores utilizam indiferentemente ambos os termos (47,134). Para qualquer um dos dois termos, o conceito subjacente foi semelhante, integrando, na sua descrição, os termos planeamento e desenvolvimento sustentável ou estratégias sustentáveis (47,49,50,52,65,134). De salientar, que em nenhum documento da literatura consultada foi usado o termo “planeamento sustentável” (*sustainable planning*).

No âmbito dos diferentes termos e conceitos utilizados, vários autores alertam para os potenciais riscos da variabilidade dos conceitos de “planeamento” (7) e de “desenvolvimento sustentável” que, ao longo do tempo e para os diferentes interessados nessas temáticas, se têm observado, destacando, ainda, a falta de consenso quanto à relação entre os conceitos de “desenvolvimento sustentável” e de “sustentabilidade”, nem sempre considerados como equivalentes (134–138). Em 2007, Johnston et al alertavam para mais de 300 definições de “sustentabilidade” e de “desenvolvimento sustentável”, à data (137).

As múltiplas interpretações, entendimentos específicos e definições alternativas de “desenvolvimento sustentável” e, ou de “sustentabilidade”, surgidos após 1987 (134–140), aumentando a sua abrangência e complexidade, levaram alguns autores a admitir a possibilidade da perda de utilidade do conceito de “desenvolvimento sustentável” na orientação da elaboração de políticas e planos estratégicos, e na implementação de estratégias coerentes (45), correndo o risco de se tornar irrelevante (135). A influência negativa da multiplicidade de conceitos justifica a recomendação da explicitação clara de qualquer um desses termos sempre que se pretenda a sua operacionalização, admitindo-se, contudo, que o ideal seria a sua rápida consensualização (135,136).

A literatura consultada indica que não parece muito clara a relação entre “desenvolvimento sustentável” e “sustentabilidade”, o que também transpareceu no debate. Alguns autores usam os dois termos como sinónimos, considerando que os respetivos conceitos implicam as mesmas dimensões e as mesmas implicações políticas (135). Também no debate do 5CNMT, alguns dos participantes referiram-se à “sustentabilidade” como um “*meio para responder às necessidades sem prejuízo*

ecológico e sem comprometer as gerações futuras” (NR), traduzindo um conceito muito próximo da definição de “desenvolvimento sustentável” do Relatório Brundtland (14). Contudo, para outros autores consultados, há diferenças, traduzidas, por exemplo, na restrição do termo “sustentabilidade” a dimensões específicas, seja a ambiental (135), financeira ou outras. Expressões como “sustentabilidade do sistema de saúde” ou “sustentabilidade financeira” (NR) foram usadas no debate. Segundo Holden et al, “sustentabilidade” tem sido interpretada como um processo, em contraponto ao “desenvolvimento sustentável” referido como um produto: o estado final (135).

3.1.1.2. Abordagens participativas do planeamento em saúde

As abordagens participativas do planeamento em saúde, no sentido mais amplo da mobilização social, integrando tanto a participação dos cidadãos como a articulação intersectorial, com foco particular na redução das iniquidades em saúde e na consecução da cobertura universal, foram consideradas as mais efetivas para o alcance de objetivos de saúde e bem-estar alinhados com os princípios do desenvolvimento de saúde sustentável, tanto na mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT como na literatura consultada, em geral e no contexto de emergências de saúde pública (46,47,50).

Planeamento sustentável e participação dos cidadãos

A participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão é um tema presente nos planos de ação internacionais com foco no desenvolvimento sustentável. A Agenda 21 das Nações Unidas (1992) defende que os planos de ação prioritários devem ser baseados no planeamento integrado entre os vários níveis de governação, as Organizações Não-Governamentais e as comunidades locais (44). Na Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20) (2012) é reconhecida a importância da participação das pessoas na tomada de decisões que influenciam as suas vidas e o seu futuro, através dos processos de planeamento e implementação, considerando as vantagens do estabelecimento de uma aliança alargada entre as pessoas, os governos, a sociedade civil e o setor privado (45). A tomada de decisão responsável, inclusiva, participada e representativa a todos os níveis é um dos princípios da Agenda 2030 (15), dando continuidade e reforçando, em 2015, os compromissos anteriormente assumidos pelos Estados Membros das Nações Unidas.

No debate da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT, foi valorizada a participação dos cidadãos em todas as etapas do processo de planeamento e as vantagens da precocidade dessa participação, considerando-se que o envolvimento das pessoas e comunidades no planeamento é a *“forma mais efetiva de ajustar as soluções às necessidades da população”* (NR). Na literatura analisada, são referidas várias abordagens metodológicas que incluem sistematicamente a participação dos cidadãos e das comunidades locais nos processos de planeamento promotores da seleção e implementação de estratégias alinhadas com o desenvolvimento sustentável, sendo reconhecida a capacitação progressiva dos cidadãos para:

- a participação na identificação de problemas e necessidades;
- a obtenção de consensos quanto às prioridades e objetivos; e
- a escolha dos caminhos e meios para a operacionalização das atividades necessárias (46,47,49,50,52,64,65,141).

As mensagens do debate e a literatura analisada foram coerentes quanto à importância da participação dos cidadãos na apropriação dos planos pelas pessoas e comunidades, salientando-se a sua particular relevância no planeamento em saúde alinhado com os princípios do desenvolvimento sustentável (46,47,50,64,141). No debate da mesa-redonda, foi salientado que a participação dos cidadãos não se deve limitar à *“validação de ideias quase acabadas”* (NR), mas antes ser incentivada precocemente, sendo, também, destacado o seu potencial para garantir transparência e efetividade do processo de planeamento sustentável.

Alguns autores sugerem, aliás, que o mais amplo envolvimento das comunidades no planeamento é um dos principais fatores determinantes do respetivo potencial de influência na sustentabilidade entendida no seu sentido mais lato, a par de fatores metodológicos e fatores relacionados com o contexto organizacional (64).

De entre os mecanismos facilitadores da participação das pessoas nos processos de tomada de decisão, no debate do 5CNMT foi dado o exemplo do Brasil, que, à data, enquadrava a participação dos cidadãos através dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, órgãos de carácter deliberativo em que os representantes da população ocupavam 50% dos lugares, sendo os restantes ocupados por representantes de prestadores de serviços e profissionais de saúde, incluindo os representantes do Estado. Foi, contudo, salientado que embora estes mecanismos constituam uma boa tentativa para

perspetivar a apropriação das decisões pelas pessoas e comunidades, garantindo uma maior adesão e sucesso, surgem no contexto de uma sociedade estratificada e são produto de uma herança cultural e histórica, o que, de acordo com a intervenção de vários participantes, poderá constituir fator de potencial estreitamento da participação.

Planeamento sustentável e articulação intersectorial

Nas apresentações e debate da mesa-redonda do 5CNMT, a participação articulada dos setores social, económico e ambiental no planeamento em saúde foi considerada garantia de desenvolvimento sustentável. Este entendimento é coerente com o compromisso mundial fixado na Agenda 2030, no qual se explicita diretamente que os ODS devem ser interpretados como “...integrados e indivisíveis, equilibrando as três dimensões do desenvolvimento sustentável: económica, social e ambiental.”(15, p.3) A procura desse equilíbrio confere à articulação intersectorial um papel primordial para o alcance da totalidade dos ODS, em geral, e, em particular, do terceiro ODS (ODS 3), especificamente dedicado à saúde e bem-estar - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (15) - (46,47,50,103,142–144). Admitindo-se que a Agenda 2030 tem implícita uma visão holística para a saúde, na literatura consultada foi consensual que todos os ODS estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde (46,103,143). Segundo Nunes et al (103) “...alcançar o ODS 3 é crucial para os outros ODS, e alcançar os outros ODS é crucial para o ODS 3.”(103, p.3) A saúde e o bem-estar parecem desempenhar um papel transversal para o alcance do desenvolvimento sustentável, seja como pré-condição – a saúde como determinante do desenvolvimento -, como resultado - do próprio desenvolvimento -, ou como facilitador (103). Os autores consultados admitem que o alcance dos objetivos específicos de saúde e bem-estar, no contexto da Agenda 2030, implica a implementação de ações intersectoriais e de governação para além do setor da saúde, a nível global, nacional e, dentro de cada país, a nível regional e local (46,47,50,142,143).

São argumentos que, no paradigma do desenvolvimento sustentável, justificam a escolha de uma abordagem intersectorial e integrativa, em que todos os setores são parte interessada do planeamento, em geral, e do planeamento em saúde, em particular, (46,47,50,142), reconhecendo-a como um dos seus maiores desafios (143). A literatura consultada salienta o potencial da articulação intersectorial como contributo para a ação efetiva e eficiente sobre os determinantes sociais da saúde (7,50,142), para o combate à

pobreza e redução das iniquidades em saúde (50,138,142), e para a melhor utilização dos recursos (46,47). Em sintonia, vários intervenientes na mesa-redonda do 5CNMT manifestaram preocupação com uma adequada utilização dos recursos - humanos, naturais, financeiros, entre outros -, admitindo a sua contribuição direta para a “*sustentabilidade dos sistemas de saúde e a garantia de universalização do acesso aos cuidados de saúde*” (NR), princípios consagrados na Agenda 2030 (15).

Ainda no contexto do planeamento sustentável e articulação intersectorial, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tem vindo a salientar a importância da construção de complementaridades das políticas, programas e ações planeadas, no âmbito económico e nas áreas sociais e ambientais, para a implementação dos ODS (51).

Para Smith et al (143), a sociedade civil pode funcionar como o catalisador que garante a saúde na era da sustentabilidade. Para que tal aconteça, salientam ser necessário o reconhecimento e apoio das organizações da sociedade como parceiros vitais (143). Segundo estes autores (143),

“Enquanto os *big data*, a epidemiologia e a economia são importantes para a definição das agendas e formulação das políticas, é mais provável que os líderes da comunidade atuem com base em argumentos morais do que em evidência empírica, em resposta a e no apoio à criação de um sentimento público. A sociedade civil, incluindo as populações mais afetadas pela doença e iniquidades, contribui com esta força emotiva para a saúde global.”¹⁵(143, p.1)

A literatura consultada reforça que o envolvimento precoce dos cidadãos e da sociedade civil no processo de planeamento aumenta o potencial para a adesão de todos os setores à resolução dos problemas de saúde (7,143).

A escolha de abordagens metodológicas de planeamento flexíveis, que permitam “*o ajustamento [do processo] ao longo do tempo, em função do contexto, segundo uma perspectiva de abertura a outros sectores e de equilíbrio partilhado*” (NR), foi um tópico acordado no debate.

O processo de elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Cabo Verde foi apontado por um dos participantes como exemplo de envolvimento e participação dos cidadãos e da sociedade civil. Construído segundo um modelo “*bottom-*

¹⁵ Tradução efetuada pela autora

up”, procurou integrar as experiências de planeamento e diálogo ao nível regional, contribuindo para a “*garantia da sua sustentabilidade*” (NR).

Do debate do 5CNMT, nas questões relacionadas com a articulação intersectorial ressaltou, também, a alusão ao modelo One Health, definido na literatura como a abordagem sistémica centrada no restabelecimento da resiliência dos sistemas biológicos (145). A mensagem de que as práticas da articulação intersectorial devem ser, em simultâneo, “*centradas na saúde humana, saúde animal e saúde ambiental*” (NR) foi expressamente referida. A abordagem One Health tem sido valorizada na última década como meio para o estabelecimento de conexões entre a saúde global e as questões mais vastas que lhe estão subjacentes, designadamente as alterações climáticas, a equidade e a sustentabilidade (139).

3.1.1.3. Planeamento sustentável e condições de implementação

A necessidade de refletir sobre as condições necessárias à implementação de estratégias sustentáveis foi um dos temas que emergiu do debate subjacente à mesa-redonda “Planeamento Sustentável” do 5CNMT, à semelhança do evidenciado na literatura consultada.

Valores como justiça, democracia, distribuição de riqueza, respeito entre todos e equidade nortearam o debate de vários tópicos no decorrer da mesa-redonda.

Na Agenda 2030 (15) encontram-se expressas várias condições indispensáveis à implementação de estratégias sustentáveis, designadamente a “paz”, preconizando que “...não há desenvolvimento sustentável sem paz, nem paz sem desenvolvimento sustentável.”(15, p.3) O ODS 16 – promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis – tem a paz como valor-base, associando a justiça como fator indispensável ao alcance dos ODS (15).

Na sequência lógica do ciclo de planeamento em saúde, os processos de planeamento, implementação e avaliação estão interrelacionados e são interdependentes (4,7). O grau de implementação dos produtos de planeamento varia entre países e no próprio país, no tempo e no espaço, em função de múltiplos fatores, incluindo (4,7):

- a variedade de interpretações dos termos e conceitos afins;
- o grau e precocidade da participação das comunidades e *stakeholders*;
- o modelo de implementação selecionado;

RESULTADOS

- a antecipação de obstáculos à implementação;
- as questões do financiamento; e
- problemas externos, como as questões de cariz político, entre outros.

Estão disponíveis na literatura relatos de experiências de planeamento e implementação de estratégias alinhadas com o desenvolvimento sustentável em diversos países do mundo (47,50,64,141) que ilustram a diversidade dos desafios que se colocam à implementação de planos estratégicos. Segundo o relatório síntese *Integrated Planning & Sustainable Development—Challenges and Opportunities*, da Partnership for Action on Green Economy (PAGE) (47), estão identificados fatores-chave para os processos de planeamento e implementação alinhados com o modelo de desenvolvimento sustentável, salientando (47):

- o fortalecimento das instituições e dos sistemas de governação;
- o fortalecimento da base de evidência;
- o desenvolvimento dos sistemas de financiamento;
- o fortalecimento dos processos de monitorização e avaliação; e
- a ampla capacitação para o planeamento sustentável (ao nível dos governos centrais, das instituições subnacionais - regionais e locais -, do setor privado e da sociedade civil).

A relação entre planeamento, implementação e financiamento ocupou parte importante do debate da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT. As questões da escassez e da dificuldade de mobilização de recursos foram valorizadas, admitindo-as como fatores de risco do sucesso do planeamento e implementação de estratégias sustentáveis. O Estado emergiu como regulador do sistema de saúde e do financiamento da saúde, sendo recomendada a gestão prudente de recursos, sem deixar de garantir a qualidade da prestação de cuidados e a adequação à satisfação das necessidades de saúde priorizadas no momento sem comprometer as gerações vindouras. Foi sublinhado por um dos intervenientes que a *“ideia de sobrelotação do planeta deve ser contraposta com a evidência que o planeta e os recursos estão a ser inadequadamente usados e tratados. O planeamento baseado numa perspetiva de concentração de riqueza e na exploração entre humanos e de recursos é insustentável.”* (NR). Estas afirmações foram apoiadas no debate por outros intervenientes e são consistentes com os compromissos de sustentabilidade internacionalmente aceites (15,44,45).

RESULTADOS

Numa perspetiva de saúde global e de justiça, os participantes no debate do 5CNMT manifestaram a ideia de que a partilha de recursos entre países deve ser considerada, admitindo que essa abordagem provocará a mudança de um modelo de planeamento limitado pelos recursos existentes para uma perspetiva de planeamento mobilizador de recursos, salientando, contudo, que a mobilização de recursos implica alinhamentos estratégicos a vários níveis, não podendo resultar de uma imposição externa.

A fim de aumentar o potencial do planeamento e implementação em ambiente de incerteza, no debate foram lançados vários apelos:

- a análise dos contextos de risco nas diferentes fases do planeamento;
- a definição de prioridades e soluções realistas;
- a definição clara dos meios disponíveis para a implementação; e
- o reforço da capacitação dos profissionais que conduzem os processos, por forma a garantir a qualidade técnico-científica dos seus contributos.

São questões consistentes com o descrito na literatura consultada (7,46,47,50). Crisp (7) considera que para uma melhor implementação, o planeamento em saúde precisa de:

- rever os seus modelos teóricos e a sua *praxis*;
- compreender melhor o papel da liderança e o desenvolvimento de relacionamentos; e
- centrar-se nos conceitos mais amplos de saúde e bem-estar.

A participação dos cidadãos e a articulação intersectorial surgiram, também, frequentemente associadas ao sucesso da implementação, tanto no debate do 5CNMT como na literatura analisada (46,47,50,64,141).

De acordo com o relatório do Workshop de Capacitação e Reunião do Grupo de Peritos em Abordagens Integradas de Planeamento e Implementação do Desenvolvimento Sustentável, promovido em 2015 pela Organização das Nações Unidas (50), os participantes consideraram que a implementação da Agenda 2030 e o alcance dos ODS requer o estabelecimento de um contrato social aos níveis global, nacional e local, no qual a comunicação, participação e parceria sejam as palavras-chave. Para tal, seria necessário uma nova forma de olhar para os processos de planeamento e governação, exigindo o alinhamento e a interconexão transparente entre os níveis nacional, regional e local, e a preferência por abordagens *multi stakeholders* e multidimensionais, com o envolvimento dos governos, da sociedade civil, do setor privado e dos cidadãos (50). A ausência de

comunicação, de alinhamento e de coerência entre níveis de planeamento foi, pelo contrário, considerada fator de bloqueio do planeamento no nível nacional, impedindo a sua implementação no nível comunitário (50).

Crisp (7) salienta que o planeamento em saúde está no seu melhor quando “junta pessoas para construir consensos. Planear em conjunto pode ser um prelúdio extremamente importante para trabalhar em conjunto...O planeamento precisa de ser dinâmico, compreensivo e inclusivo.”(7, p.S14)

No debate, foram elencados outros fatores que desafiam o planeamento sustentável e a saúde, designadamente os que põem em risco a capacidade dos sistemas de saúde, como as doenças crónicas e a mudança de perfil epidemiológico, o envelhecimento da população ou as alterações climáticas, tendo-se admitido que o desafio do planeamento sustentável em saúde e da implementação de estratégias sustentáveis passa por conceber um modelo de saúde integrado, que garanta benefícios ao indivíduo, ao sistema de saúde, ao ambiente e a toda a sociedade. A participação dos cidadãos e a articulação intersectorial no processo de planeamento foram entendidos como garantia de equilíbrio partilhado que salvaguarda a apropriação dos planos pelas pessoas e comunidades, e condições para o sucesso do processo de implementação, conduzindo à redução das iniquidades e da pobreza, e à melhor utilização de recursos.

Crisp (7) considera que o planeamento em saúde permite olhar para as grandes prioridades globais, onde inclui os ODS, que irão orientar e moldar a saúde e o desenvolvimento nos próximos anos, e manter na agenda questões estratégicas essenciais, como a disponibilidade de profissionais treinados, o investimento na investigação e desenvolvimento, e a identificação de lacunas na prestação de cuidados de saúde (7).

No *Manifesto for a healthy and health-creating society*, Crisp (146) recomenda que o planeamento em saúde do futuro, a par das suas áreas tradicionais, tenha em consideração aspetos mais abrangentes, de que são exemplos, o papel da “criação de saúde” por todos os setores da sociedade na construção de comunidades e indivíduos robustos e saudáveis, e o lugar que as organizações e instituições de saúde e científicas podem ocupar na construção de uma sociedade saudável e próspera (146).

3.1.2. Desafios conceituais, processuais e metodológicos evidenciados pela pandemia de COVID-19

A revisão da literatura efetuada em 2020, cerca de meio ano após a declaração oficial da pandemia de COVID-19 pela OMS, reforçou que a inclusão dos cidadãos e da sociedade civil aumenta o potencial para o envolvimento de todos os setores da sociedade na resolução dos problemas de saúde, em sintonia com os resultados da análise das mensagens decorrentes da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT, ocorrida perto de dois anos antes do início da pandemia. Os novos dados e a releitura das principais mensagens resultantes da mesa redonda apontam novamente para as vantagens das abordagens participativas do planeamento, em geral, e nas situações de emergência de saúde pública (143,147,148).

Com base nos documentos consultados em 2020, o debate sobre as características processuais e metodológicas do planeamento em saúde sustentável que emergiram da mesa-redonda alinhado com os resultados da revisão da literatura em seguida efetuada, ganhou nova relevância durante a pandemia de COVID-19 (149). A pandemia recolocou em primeiro plano do debate em planeamento em saúde questões significativas relacionadas com a saúde sustentável, que haviam sido já identificadas no passado, tanto em contextos não-pandémicos como em pandemias anteriores (150). Diversos autores refletiram sobre a preparação manifestamente insuficiente para lidar com a nova pandemia, pese embora as promessas em manter vivas as lições decorrentes de epidemias passadas e em estar mais bem preparado para as futuras. Salientam que a pandemia de COVID-19 implicou voltar a discutir e tentar lidar com desafios previsíveis, previamente identificados, que refletem a inadequação dos referenciais de planeamento habitualmente usados em compreender e responder as desafios da saúde global, e demonstram a falta de preparação para lidar com riscos catastróficos globais (151). Fragilidades e falta de resiliência dos sistemas de saúde, capacidades previsionais e de resposta a emergências de saúde pública inadequadas, e comunicação frágil foram alguns dos desafios destacados pelos autores consultados, admitindo que refletem, também, uma falência moral (149). Na documentação consultada, salienta-se que as insuficiências identificadas na pandemia quanto à capacidade de uma governação impactante e, conseqüentemente, à utilização de um modelo efetivo de planeamento em saúde sustentável se aplica a todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento económico, e não apenas aos de

médio e baixo rendimento (152). É admitida a inabilidade dos Ministérios da Saúde em estender a liderança para além de estreitas fronteiras sectoriais, no sentido de ambientes pluralistas e multisectoriais, consistentes com a essência dos fatores determinantes da saúde e as expectativas criadas pelos ODS, sendo, ainda, admitido, como reflexo de lideranças frágeis, a incapacidade dos Ministérios da Saúde em prever e estar preparados para os desafios emergentes e futuros em simultâneo com a gestão de rotina das instituições e serviços públicos (152).

A documentação analisada reforçava que a pandemia se encontrava a afetar comunidades, populações e países de todo o mundo, interagindo sinergicamente com outros problemas de saúde, tanto infecciosos como doenças não-transmissíveis, influenciando veementemente os resultados em saúde. O seu impacto fazia-se sentir para além da saúde, observando-se efeitos sinérgicos também com outros determinantes da saúde, designadamente, sociodemográficos, culturais e contextuais, parecendo contribuir simultaneamente para uma saúde cada vez mais frágil e desvantagens sociais cumulativas. É levantada a hipótese da natureza sindémica da doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2, e alertado que atrasos no reconhecimento deste aspeto contribuiria para o enfraquecimento dos processos de elaboração das políticas e das respostas em saúde pública, assim como para políticas, planos e programas de saúde inefetivos (153).

Segundo os autores consultados, a pandemia de COVID-19 permitiu observar um quadro inadequado para o desenvolvimento e planeamento de políticas de saúde, refletindo um viés biomédico, a “maldição das perspetivas fragmentadas” e a adoção de “quadros isolados” (154–156), contrários ao recomendado no planeamento em saúde sustentável (143). É recomendada uma perspetiva adequada ao reconhecimento da natureza sindémica da pandemia, uma abordagem mais holística, que integre outros quadros conceituais, como o modelo One-Health ou a abordagem da *saúde em todas as políticas*, e que assuma de facto a Agenda 2030 e respetivos objetivos nas soluções adotadas (67,157–162).

Alguns autores afirmaram claramente que a pandemia de COVID-19 representava, à época, uma oportunidade para desafiar os modelos de planeamento em saúde vigentes e para a adoção de outros mais adequados, num esforço para corrigir a falta de reflexão crítica sobre os desafios que a saúde sustentável levanta, a curto e longo prazo (163,164). Pese embora a complexidade dos desafios, vários estudos descrevem a evolução positiva

do processo de acordo com os valores e princípios do desenvolvimento sustentável em alguns países, embora destaquem diferenças importantes entre eles (46–50). Inglaterra (66), o País de Gales (165), a Noruega e a Nova Zelândia (46) são exemplos de países que se encontravam a desenvolver processos e produtos de planeamento em saúde mais consistentes com o paradigma do desenvolvimento sustentável, designadamente pela integração sistemática da equidade em saúde e da ação intersectorial nos respetivos ciclos de planeamento (46,47).

Outra nota positiva no sentido da evolução do caminho para a adequação dos modelos e processos de planeamento estratégico, em geral, e em saúde, em particular, ao paradigma do desenvolvimento sustentável, vem da identificação na literatura consultada, de uma série de instrumentos de apoio, necessários face à complexidade e dificuldades inerentes à operacionalização do conceito de desenvolvimento sustentável e da própria Agenda 2030, tendo em conta a profundidade dos 17 ODS e a elevada quantidade de objetivos específicos, bem como a perspetiva de integração e indivisibilidade entre eles, e das inter-relações múltiplas entre todos no campo da saúde.

De entre os instrumentos identificados, salientam-se os seguintes:

- instrumentos de apoio à operacionalização da Agenda 2030 através da translação dos ODS em questões relevantes para o planeamento em saúde sustentável, nomeadamente o referencial do modelo GAPFRAME, de Muff et al (102,106,166,167);
- a análise da materialidade, técnica analítica utilizada na priorização de questões de sustentabilidade (126,133,168,170,183);
- o quadro analítico para a Coerência das Políticas para o Desenvolvimento Sustentável da OCDE (The OECD Policy Coherence for Sustainable Development (CSDP) analytical framework), incluindo a respetiva lista de verificação integrada (51);
- os roteiros Roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development, building on Health 2020, the European policy for health and well-being (171) e the E4A approach—engage, assess, align, accelerate and account (172), para apoio ao processo de planeamento em saúde sustentável nos Estados Membros da OMS Europa.

Estes e outros instrumentos têm potencial para contribuir para o desenvolvimento de modelos de planeamento mais efetivos na seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o desenvolvimento sustentável, embora a investigação neste âmbito continue, com vista à adequação e validação específica em cada país, ou à inclusão nos referenciais e processos de planeamento de questões que outros modelos levantam, como por exemplo, o modelo One Health.

3.1.3. Instrumentos de apoio à prática do planeamento em saúde sustentável

Alguns dos instrumentos de apoio ao planeamento à data identificados na literatura foram analisados de forma mais detalhada.

3.1.3.1. Modelo GAPFRAME

O modelo GAPFRAME foi desenvolvido entre 2015 e 2016 por Katrin Muff et al (102) com a finalidade de evidenciar, no campo do desenvolvimento sustentável, o desvio entre o estado de todos os países do mundo à data e o estado futuro desejado, o qual, de acordo com o GAPFRAME, seria definido como um “espaço seguro”, inspirado na ideia de “espaço operacional seguro” desenvolvida por Raworth, em 2012 (106,166,173). Tratando-se de um referencial normativo de monitorização dos ODS, propõe uma estrutura de translação dos ODS em questões de sustentabilidade, a partir das quais foram selecionados os respetivos indicadores de monitorização (102,106).

A estrutura de translação dos 17 ODS do modelo GAPFRAME consiste na sua tradução em 24 grandes questões “...relevantes para todos os países e empresas...”(102, p.379) (Figura 6, página 33), as quais, de acordo com o modelo e à data, precisariam ser urgentemente abordadas por cada país para avançar na direção da Agenda 2030 (102,106). A Figura 11 lista as 24 questões de sustentabilidade em correspondência com os ODS.

O modelo foi criado com base num processo multietápico que incluiu diversas consultas efetuadas a painéis de peritos de diversas áreas e de vários países (102,106). Na primeira etapa, os ODS foram reorganizados em quatro dimensões de sustentabilidade, seguindo a sugestão de Rockström (167): “planeta”, “economia”, “sociedade” e “governança”, correspondendo as três primeiras aos três pilares do desenvolvimento sustentável – ambiental, económico e social (14–16) -, e tendo sido acrescentada a dimensão “governança”. Em seguida, foram identificados 17 tópicos/questões relevantes, um por

RESULTADOS

cada ODS, e acrescentados 7 novos tópicos/questões, perfazendo os 24 tópicos/questões considerados relevantes para todos os países e empresas.

Dimensões de sustentabilidade* (Pilares)**	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (n=17)	Questões de sustentabilidade (n=24)
Governança	ODS 16 - Paz, justiça e instituições efetivas ODS 17 – Parcerias e meios de implementação	20. Finanças públicas 21. Resiliência estrutural 22. Paz e cooperação 23. Integridade nos negócios 24. Transparência
Economia (Prosperidade)	ODS 9 – Indústria, inovação e infraestrutura ODS 10 – Redução das desigualdades ODS 11 – Cidades e comunidades sustentáveis ODS 12 – Consumo e produção sustentáveis	15. Emprego 16. Afetação de recursos 17. Consumo sustentável 18. Produção sustentável 19. Inovação
Sociedade (Pessoa)	ODS 1 – Erradicação da pobreza ODS 2 – Fome zero e agricultura sustentável ODS 3 – Saúde e bem-estar ODS 4 – Educação de qualidade ODS 5 – Igualdade de gênero ODS 8 – Trabalho decente e crescimento económico	9. Saúde 10. Igualdade de oportunidades 11. Educação 12. Condições de vida 13. Integração social 14. Qualidade de vida
Planeta (Planeta)	ODS 6 – Água potável e saneamento ODS 7 – Energia limpa e acessível ODS 13 – Ação contra a alteração global do clima ODS 14 – Vida marinha ODS 15 – Vida terrestre	1. Biodiversidade 2. Emissões de carbono 3. Oceanos 4. Solo e floresta 5. Ar limpo 6. Água 7. Energia limpa 8. Tratamento de resíduos

Legenda: * Segundo o modelo GAPFRAME (102); ** segundo a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável
 Figura 11. Questões de sustentabilidade relevantes para todos os países e áreas de atividade, segundo o modelo GAPFRAME

Para cada tópico/questão, o modelo GAPFRAME prevê um ou mais indicadores (podem consultar-se no Anexo 8), que, no âmbito do modelo, são usados para a medição do estado em termos de sustentabilidade em que os países se encontram.

No final, é calculado um índice - o índice GAPFRAME – para cada país, que indica o desvio entre o estado real à data e o estado futuro desejado, em termos do alcance dos ODS (102,106).

Originalmente dirigido às empresas, o modelo GAPFRAME foi construído a partir do SDG Compass, ferramenta de planejamento estratégico da autoria da Global Reporting Initiative (GRI), da United Nations Global Compact (UNGC) e do World Business Council of Sustainable Development (WBCSD) (102), que providencia orientações no sentido do alinhamento das estratégias das empresas com os ODS, e da medição e gestão da respetiva contribuição para o alcance dos ODS (174). Contudo, segundo os seus autores, trata-se de um referencial normativo com interesse para áreas que transcendem o mundo empresarial, incluindo as áreas sociais (106), e com potencial para ser usado como instrumento de planejamento estratégico (106).

3.1.3.2. Análise da materialidade

A análise da materialidade é uma das técnicas analíticas recomendadas para priorizar questões e tópicos “materiais” num determinado contexto ou setor de atividade, a partir da mobilização de diferentes atores de diversos setores no sentido da recolha das respetivas perceções sobre a importância relativa de questões ambientais, económicas, sociais e de governação (126,133,168). É a principal técnica analítica do estudo da materialidade (*materiality assessment*), definido como o exercício de envolvimento dos diferentes *stakeholders* numa área ou setor específico, com a finalidade de reunir informações sobre a importância relativa de questões ambientais, sociais, económicas e de governação. Nas empresas, os seus resultados são habitualmente usados em relatórios de sustentabilidade e em estratégias de comunicação, mas são, também, considerados valiosos para o planejamento estratégico. Segundo a Global Reporting Initiative (GRI), quando aplicada às questões de sustentabilidade, a análise da materialidade tem auxiliado a integração dessas questões na respetiva estratégia de negócio (126).

Com origem na área financeira, há vários anos que o conceito de *materialidade* tem sido alargado às áreas da sustentabilidade, sendo um termo chave quando se fala da responsabilidade social das empresas (126). Para a Sustainable Development Unit do Serviço Nacional de Saúde de Inglaterra (168), estudar a *materialidade* tem a ver com conhecer os “limites” dos impactos das decisões que estão para além dos limites organizacionais tradicionais, o que se adequa aos estudos no âmbito do desenvolvimento sustentável, atendendo ao amplo e complexo espectro de tópicos e questões que abrange (168).

A GRI define *materialidade* como o limiar a partir do qual as questões “materiais” se tornam suficientemente expressivas para serem relatadas e, ou importantes para que passem a ser abordadas no planeamento estratégico duma organização (126,133). Já as questões “materiais” são definidas como as questões que poderão ter impacto direto ou indireto na capacidade de uma organização criar, preservar ou danificar o valor económico, ambiental e social para si própria, para os seus *stakeholders* ou para a sociedade como um todo (126,133).

No campo empresarial, as diretrizes da GRI são consideradas as mais desenvolvidas para a realização da análise da materialidade centrada na sustentabilidade (133). Contudo, na revisão da literatura à data efetuada, encontraram-se escassos estudos de materialidade aplicados ao planeamento em saúde. Um dos exemplos publicados é o estudo de Santiago e Lirio (170), desenvolvido em 2015 com o objetivo de contribuir para a identificação de questões de sustentabilidade nos Planos de Saúde das Regiões Autónomas de Espanha. Tendo utilizado como referencial de base o conjunto de 33 questões do âmbito da responsabilidade social da norma ISO 26000:2010¹⁶, trata-se de um estudo de consenso com um painel alargado de peritos provenientes de diversas áreas e organizações, que permitiu a priorização de 29 tópicos relevantes para a inclusão em planos de saúde.

3.2. Consistência interna de um referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal

3.2.1. Referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância adaptado a Portugal

Da análise dos resultados da atualização da revisão da literatura executada no EE1, designadamente no que se refere aos instrumentos de apoio ao planeamento sustentável, o modelo GAPFRAME foi identificado como apropriado para adaptação à saúde e a Portugal.

¹⁶ ISO - International Organization for Standardization

A Norma ISO 26000, de título: Guia para a Responsabilidade Social, foi publicada em novembro de 2010. A norma portuguesa NPISO 26000 (Linhas de Orientação para a Responsabilidade Social) foi publicada em novembro de 2011, estando disponível na APEE - Associação Portuguesa de Ética Empresarial -, e no IPQ – Instituto Português da Qualidade.

RESULTADOS

As questões (ou tópicos) de sustentabilidade do adaptado a Portugal encontram-se organizadas no Quadro 5. Podem ser, também, consultadas na Figura 7 (página 48).

Quadro 5. Referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal, com base no modelo GAPFRAME

Dimensão de sustentabilidade* (Pilar)**	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	Questões (tópicos) de sustentabilidade (n=32)
Governança (Paz e Parcerias)	ODS 16 ODS 17	Paz Equidade Parcerias locais Parcerias entre comunidades Parcerias nacionais Parcerias internacionais Finanças públicas Resiliência estrutural Integridade nos negócios Transparência
Economia (Prosperidade)	ODS 8 ODS 9 ODS 10 ODS 11 ODS 12	Emprego Afetação de recursos Consumo sustentável Produção sustentável Inovação
Sociedade (Pessoa)	ODS 1 ODS 2 ODS 3 ODS 4 ODS 5	Fatores biológicos da Pessoa Comportamentos individuais e de grupo Educação Condições de vida Igualdade de oportunidades Integração social Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados Qualidade de vida Pessoa em contextos e ambientes específicos
Planeta (Planeta)	ODS 6 ODS 7 ODS 13 ODS 14 ODS 15	Biodiversidade Emissões de carbono Oceanos Solo e floresta Ar limpo Água Energia limpa Tratamento de resíduos

Legenda: *da autoria de Muff et al (102) | ** pilar de sustentabilidade conforme a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (15)

O referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde em Portugal mantém as quatro dimensões do modelo original – Planeta, Sociedade, Economia e Governança -, e as respetivas questões de sustentabilidade originais, com

exceção da questão “*saúde*”. A correspondência entre cada dimensão e os ODS encontra-se, também, alinhada com a do modelo original.

Quanto às questões de sustentabilidade, no total foram consideradas 32 questões de sustentabilidade, 22 das quais correspondem na íntegra a questões/tópicos de sustentabilidade do modelo original, uma questão mantém-se transformada, e 9 são questões novas resultantes:

- do desdobramento da questão original “9. *Health*”, o que implicou o acréscimo de 4 questões novas na dimensão Sociedade em sua substituição: *Fatores biológicos da Pessoa, Comportamentos individuais e de grupo, Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados e Pessoa em contextos e ambientes específicos*;
- do acréscimo da questão *Equidade* na dimensão Governança;
- da transformação da questão original “22. *Peace & Cooperation*”, na dimensão Governança, pela separação dos dois tópicos, do que resultou a questão *Paz*; e pela substituição do tópico “*Cooperation*” por 4 questões novas: *Parcerias locais, Parcerias entre comunidade, Parcerias nacionais e Parcerias internacionais*.

3.2.2. Avaliação da consistência interna do referencial adaptado a Portugal através do coeficiente alfa de Cronbach

3.2.2.1. Caracterização da população participante por setor de atividade/representação

Dos 127 *stakeholders* da população em estudo, 75 (59,1%) participaram na avaliação da consistência interna do referencial de translação dos ODS em questões de sustentabilidade relevantes adaptado a Portugal. A proporção de participantes variou entre as dimensões de sustentabilidade estudadas, e, em cada dimensão, entre as respetivas questões de sustentabilidade, tendo sido mais elevada no estudo da dimensão Sociedade (máximo de 75 participantes e mínimo de 72) e mais reduzida na dimensão Economia (máximo de 74 participantes e mínimo de 68).

Os quadros 6 e 7 apresentam a caracterização da população respondente por setor de atividade laboral/representação. Dos respondentes a essa questão (n=61), a elevada maioria referiu trabalhar em (ou representar) instituições exclusivamente de carácter

RESULTADOS

social (n=50, 82,0%) e cinco, em instituições do foro social mas, também, ambiental e, ou económico.

Quadro 6. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) da população respondente por setor de atividade/representação, Portugal, dezembro 2021

	n	%
Social em exclusivo	50	82,0
Social e económico	3	4,9
Social e ambiental	1	1,6
Social, económico e ambiental	1	1,6
Económico em exclusivo	2	3,3
Económico e ambiental	1	1,6
Ambiental em exclusivo	3	4,9

Legenda: n – frequência absoluta | % frequência relativa com base nas respostas válidas e excluindo as respostas *sem opinião*

Nota: número de respondentes=61

A totalidade dos participantes (n=75) indicou o setor laboral em que trabalhava (ou representava) em função do tipo de entidade empregadora (ou representada), observando-se que 64 (85,3%) referiram trabalhar no setor público (Quadro 7).

Quadro 7. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) da população respondente por setor de atividade segundo o tipo de entidade empregadora/representada, Portugal, dezembro 2021

	n	%
Público	64	85,3
Privado	3	4,0
Social	5	6,7
Outro	3	4,0
Total	75	100,0

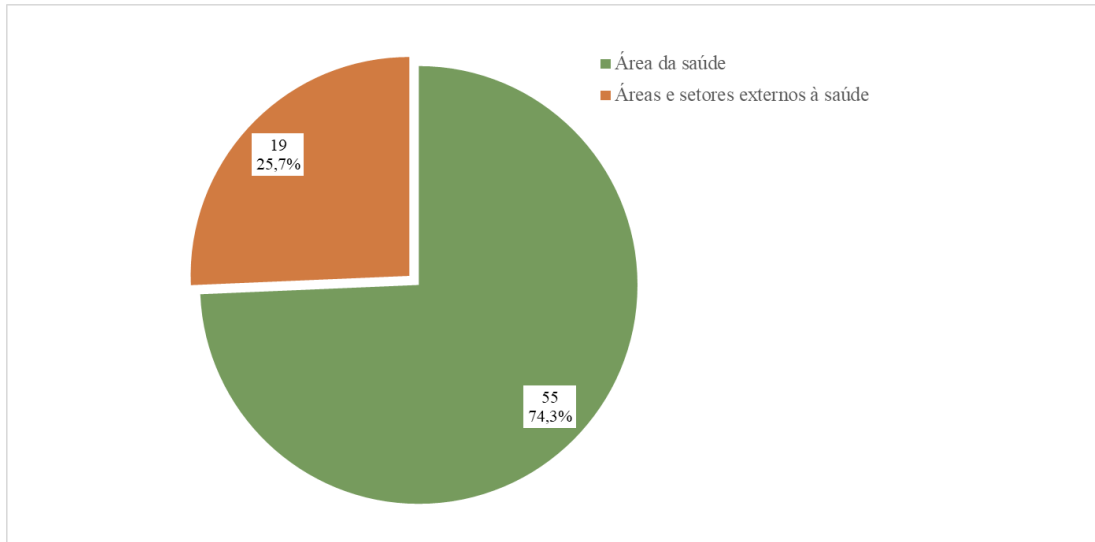
Legenda: n – frequência absoluta | % frequência relativa com base nas respostas válidas e excluindo as respostas *sem opinião*

Nota: *número de respondentes = 75

Dos 74 participantes que indicaram a área específica de trabalho/representação, 55 (74,3% do total da população respondente) referiram trabalhar na área da saúde (Figura 12) (correspondendo a 75,3% da população em estudo da área da saúde, em número de 73 participantes, conforme indicado na página 49). Dos 19 respondentes de áreas e setores

RESULTADOS

externos à, mas potenciais determinantes da, saúde (25,7% do total de respondentes; 35,2% da população total em estudo das áreas e setores externos à saúde, em número de 54, conforme indicado na página 50), 6 provinham/representavam os setores ambiental e, ou económico, e 13 referiram representar outras áreas do setor social em exclusivo.



Nota: número de respostas válidas (e excluindo as respostas *sem opinião*) =74

Figura 12. Distribuição da população respondente por área específica de trabalho, Portugal, 2021

A população respondente da área da saúde provinha maioritariamente do setor público (n=47; 85,5%); quatro *stakeholders* provinham do setor social, dois do setor privado, um representava uma organização profissional de interesse público, e outro uma entidade público-privada.

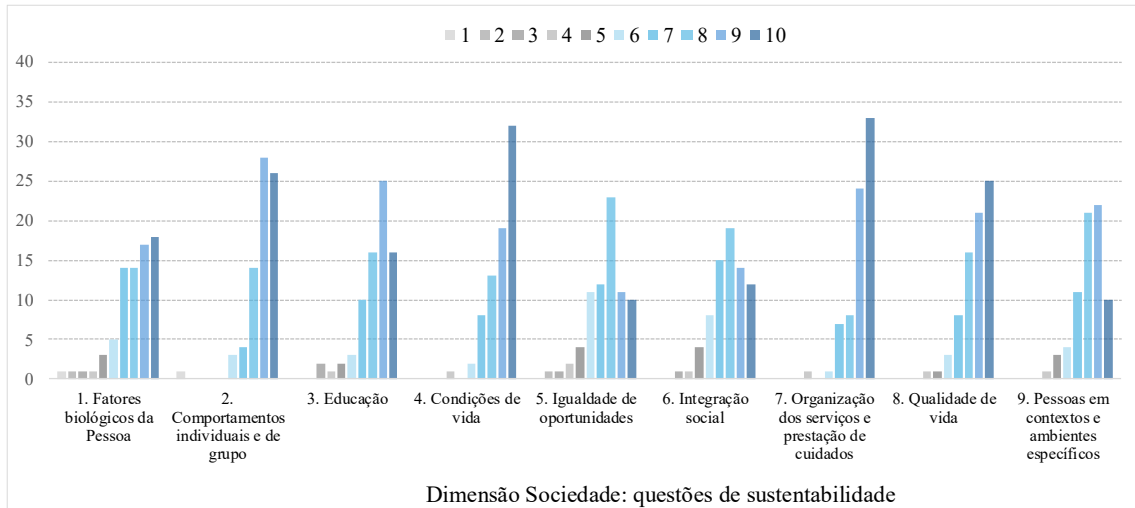
3.2.2.2. Análise univariada das pontuações atribuídas

Foi efetuada a distribuição de frequências absolutas e relativas e o cálculo da média, mediana, moda, desvio padrão, quartis 25 e 75, e percentil 90 das pontuações atribuídas às variáveis ordinais. Cada pontuação corresponde ao valor atribuído ao grau de importância percebida das questões de sustentabilidade incluídas nas dimensões Sociedade, Economia e Planeta enquanto determinantes do alcance de saúde e bem-estar, e das questões incluídas na dimensão Governança enquanto facilitadoras.

Da análise das respostas não-válidas (*missings* ou *sem opinião*) observa-se que o número de *missings* variou entre 0 e 2 na totalidade das questões de sustentabilidade. As respostas em que foi registado o valor *sem opinião* variaram entre 0 e 3 em todas as dimensões, com exceção da Economia, onde variou entre 2 e 7 (pode consultar-se no Anexo 9).

RESULTADOS

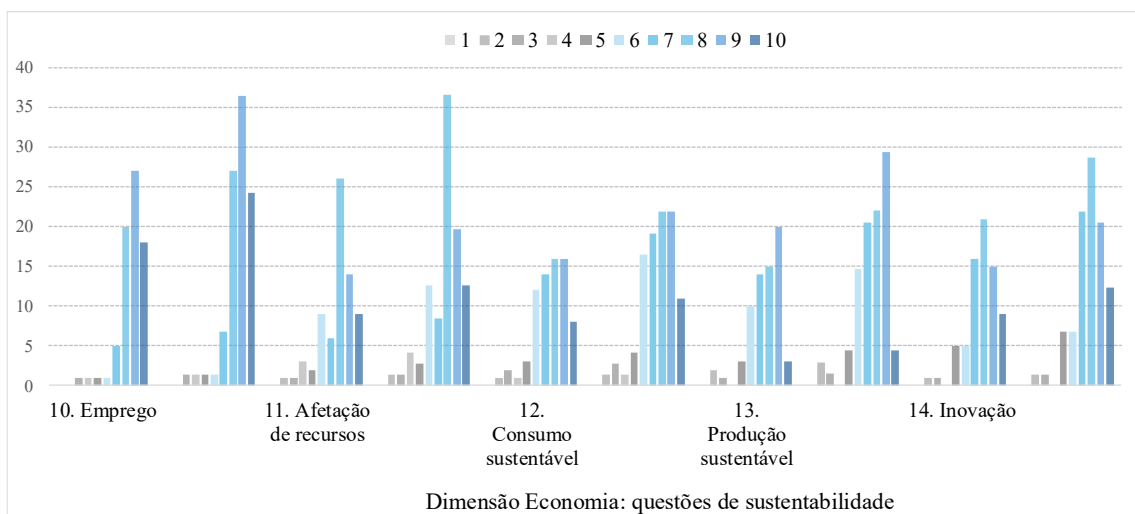
As Figuras 13 a 16 apresentam as distribuições de frequências absolutas das pontuações observadas por questão de sustentabilidade, para cada uma das quatro dimensões de sustentabilidade.



Notas: número de respondentes entre 72 e 75 | medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 13. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Sociedade, Portugal, dezembro 2021

No Anexo 9, podem consultar-se as distribuições de frequências absolutas e relativas de todas as questões de sustentabilidade, apresentadas em quadro, para o total de respondentes e pelas áreas específicas da saúde *versus* áreas e setores externos à, mas potenciais determinantes da, saúde.

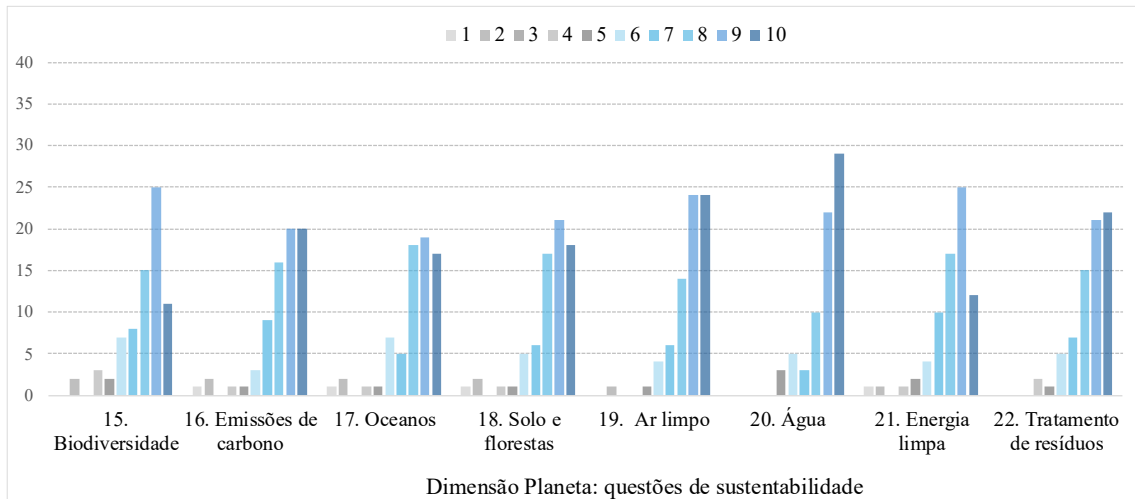


Notas: *número de respondentes entre 68 e 74 | medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 14. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Economia, Portugal, dezembro 2021

RESULTADOS

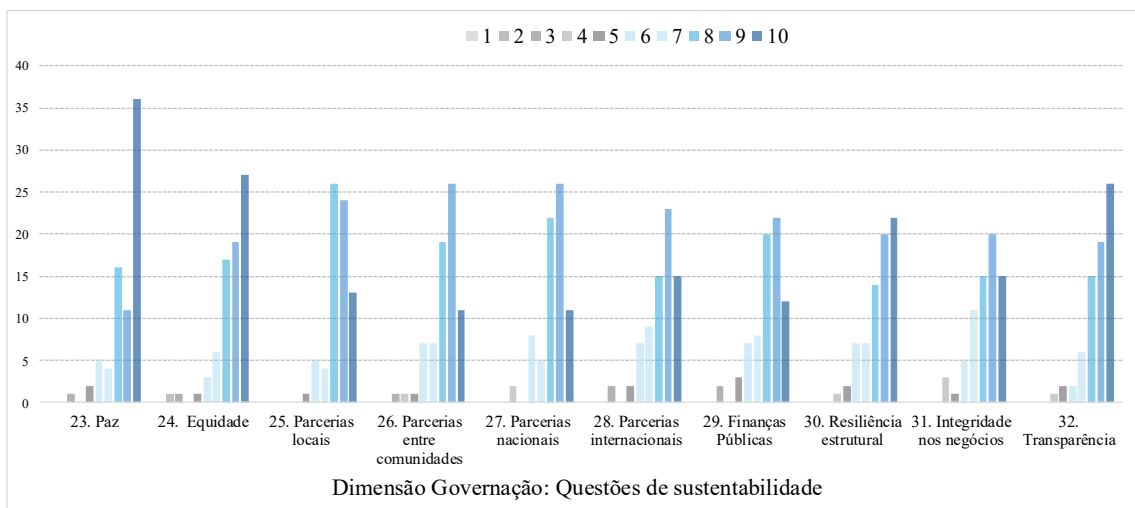
Da análise da distribuição de frequências, observa-se um predomínio das pontuações da escala de medida mais elevadas em todas as dimensões de sustentabilidade, situando-se a frequência absoluta mais elevada entre 8 e 10 na totalidade das questões.



Notas: *número de respondentes entre 71 e 74 | medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 15. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Planeta, Portugal, dezembro 2021

O valor máximo observado foi 10 (importância máxima) em todas as questões das 4 dimensões, e o mínimo (importância nula) variou entre 1 (na dimensão Planeta) e 2 (nas dimensões Sociedade, Economia e Governação).



Notas: *número de respondentes entre 70 e 75 | medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 16. Distribuição de frequências absolutas das pontuações atribuídas ao grau de importância das questões de sustentabilidade da dimensão Governação, Portugal, dezembro 2021

RESULTADOS

O Quadro 8 apresenta os parâmetros de tendência central, o desvio padrão e o percentil 90 dos valores observados.

Conforme evidenciado pela distribuição de frequências, a distribuição das pontuações é no geral bastante homogênea, com valores de desvio padrão entre 1,1 e 2,0, no total. O mesmo se verifica na análise por dimensão de sustentabilidade.

Os três parâmetros de tendência central apresentaram valores elevados e próximos entre si. No total da coleção, a média variou entre 7,5 e 9,0, a mediana entre 8,0 e 9,0 e a moda entre 8 e 10. Por dimensão, os parâmetros de tendência central foram relativamente mais baixos na dimensão Economia e mais elevados na dimensão Governança.

A análise por questão de sustentabilidade mostra que a média mais elevada se observou na questão *organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados* (dimensão Sociedade) – média de 9,0 (desvio padrão de 1,2) -, na qual se verificou também uma das medianas e modas mais elevadas (9,0 e 10, respectivamente). As questões que se seguiram com média mais elevada incluem-se, também na dimensão Sociedade (valor de 8,9): *comportamentos individuais e de grupo* (desvio padrão de 1,1) e *condições de vida* (desvio padrão de 1,3).

Consumo sustentável e produção sustentável (dimensão Economia) foram as questões com pontuações médias mais baixas no total da coleção (médias de 7,5; desvio padrão de 1,8 e 1,7, respectivamente).

A análise da proporção de respostas superiores a 8, traduzindo um grau *de importância muitíssimo elevado ou máximo* (pode consultar-se a escala de medida no Quadro 2, página 52), é compatível com a análise dos parâmetros de tendência central, embora as questões em que essa proporção foi mais baixa - *igualdade de oportunidades* e *afetação de recursos*, com proporções respectivamente de 28,0% e 32,4% -, não correspondam às de menor média, embora se situem muito proximamente.

Na dimensão Sociedade, a questão *organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados* correspondeu, como descrito, à de maior importância média percebida, e a *igualdade de oportunidades* à de menor pontuação média (média=7,6; desvio padrão=1,7).

RESULTADOS

Quadro 8. Parâmetros de tendência central, desvio padrão e frequências acumuladas (%) acima do valor 8 das pontuações atribuídas ao grau de importância percebida das questões de sustentabilidade, por dimensão e por questão, Portugal, dezembro 2021

Dimensão/questões de sustentabilidade	média	mediana	moda	desvio padrão	grau de importância >8 (%)
Sociedade (pilar Pessoa*)					
1. Fatores biológicos da Pessoa	8,1	8,0	10	1,8	47,3
2. Comportamentos individuais e de grupo	8,9	9,0	9	1,1	72,0
3. Educação	8,3	9,0	9	1,6	54,7
4. Condições de vida	8,9	9,0	10	1,3	68,0
5. Igualdade de oportunidades	7,6	8,0	8	1,7	28,0
6. Integração social	7,8	8,0	8	1,6	35,1
7. Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados	9,0	9,0	10	1,2	77,0
8. Qualidade de vida	8,7	9,0	10	1,3	61,3
9. Pessoa em contextos e ambientes específicos	8,1	8,0	9	1,4	44,4
Economia (pilar Prosperidade*)					
10. Emprego	8,6	9,0	9	1,3	60,8
11. Afetação de recursos	7,7	8,0	8	1,7	32,4
12. Consumo sustentável	7,5	8,0	8	1,8	32,9
13. Produção sustentável	7,5	8,0	9	1,7	33,8
14. Inovação	7,7	8,0	8	1,6	32,9
Planeta (pilar Planeta*)					
15. Biodiversidade	7,9	8,0	9	1,8	49,3
16. Emissões de carbono	8,3	9,0	9	1,9	54,8
17. Oceanos	8,1	9,0	9	2,0	50,7
18. Solo e floresta	8,2	9,0	9	1,9	54,2
19. Ar limpo	8,7	9,0	9	1,5	64,9
20. Água	8,8	9,0	10	1,5	70,8
21. Energia limpa	8,1	9,0	9	1,7	50,7
22. Tratamento de resíduos	8,5	9,0	10	1,5	58,9
Governança (pilares Paz e Parcerias*)					
23. Paz	8,8	9,0	10	1,6	62,7
24. Equidade	8,6	9,0	10	1,6	61,3
25. Parcerias locais	8,5	9,0	8	1,1	50,7
26. Parcerias entre comunidades	8,2	9,0	9	1,5	50,7
27. Parcerias nacionais	8,3	8,5	9	1,4	50,0
28. Parcerias internacionais	8,2	9,0	9	1,6	52,1
29. Finanças públicas	8,1	8,0	9	1,6	45,9
30. Resiliência estrutural	8,5	9,0	10	1,5	57,5
31. Integridade nas negociações	8,2	8,5	9	1,6	50,0
32. Transparência	8,7	9,0	10	1,4	63,4

Legenda: medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | % - frequência calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo as respostas *sem opinião* | *pilar segundo a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

RESULTADOS

Na dimensão Economia, a questão percecionada como mais importante para a saúde e bem-estar foi o *emprego* (média=8,6; desvio padrão=1,3) e a de resultado mais baixo o *consumo sustentável*, como já referido para a coleção no seu todo.

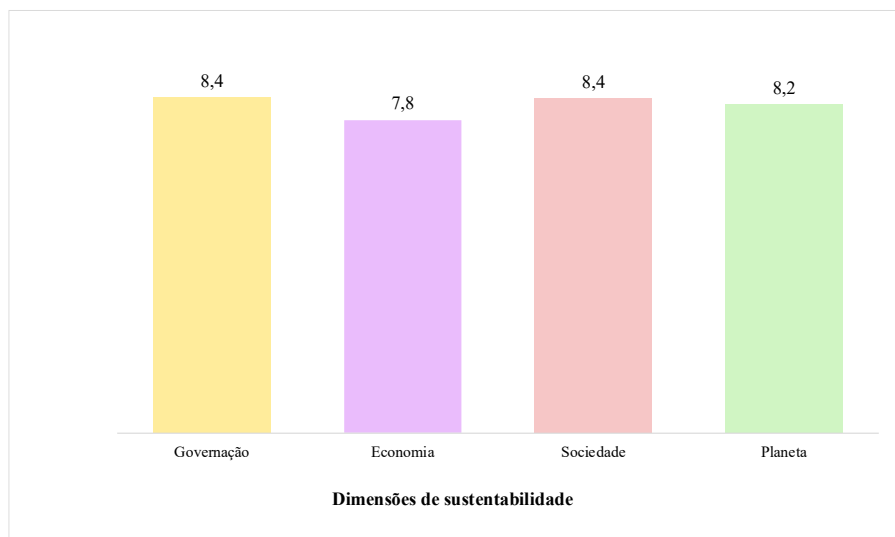
Água foi a questão mais pontuada na dimensão Planeta (média=8,8; desvio padrão=1,5) e, nesta dimensão, *biodiversidade* foi a de menor pontuação média (média=7,9; desvio padrão=1,8).

Na Governação, *paz* foi a questão percecionada como a mais importante em termos médios (média=8,8; desvio padrão=1,6) e *finanças públicas* a menos pontuada (média=8,1; desvio padrão=1,6).

As questões de sustentabilidade com médias mais elevadas apresentavam todas mediana de 9,0 (o valor de mediana registado mais elevado na coleção) e moda de 9 ou 10.

O valor máximo de mediana foi observado em outras questões, designadamente: i) dimensão Sociedade: *qualidade de vida e educação*; ii) dimensão Planeta: *emissões de carbono, oceanos, solo e floresta, ar limpo, energia limpa, tratamento de resíduos*; e iii) dimensão Governação: *equidade, parcerias locais, parcerias entre comunidades, parcerias internacionais, resiliência estrutural e transparência*. Nestas questões a média variou entre 8,1 e 8,7, e a moda foi de 9 ou 10, exceto *parcerias locais* (moda de 8).

As Figuras 17 a 21 especificam graficamente a distribuição dos valores médios das pontuações atribuídas por dimensão de sustentabilidade e, em cada dimensão, por questão de sustentabilidade.

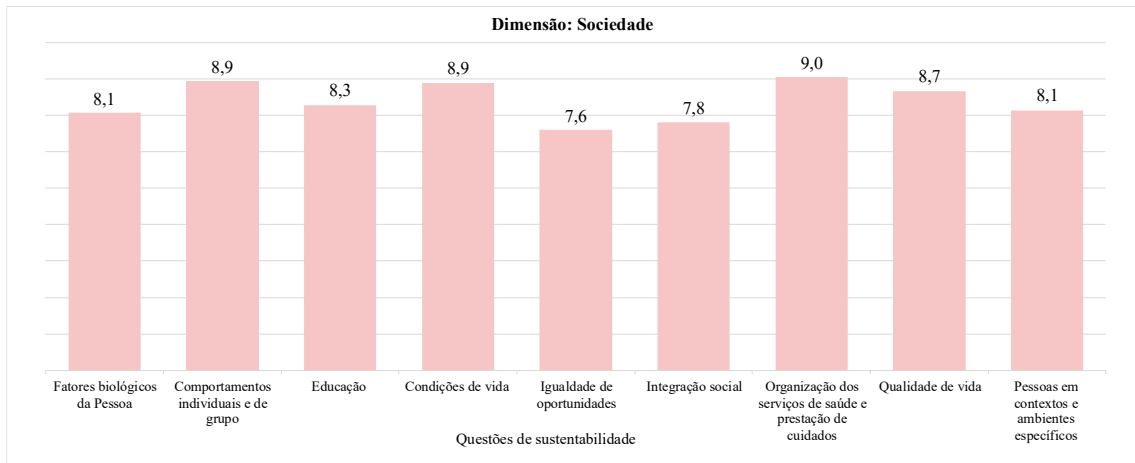


Nota: medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 17. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por dimensão de sustentabilidade do referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal

RESULTADOS

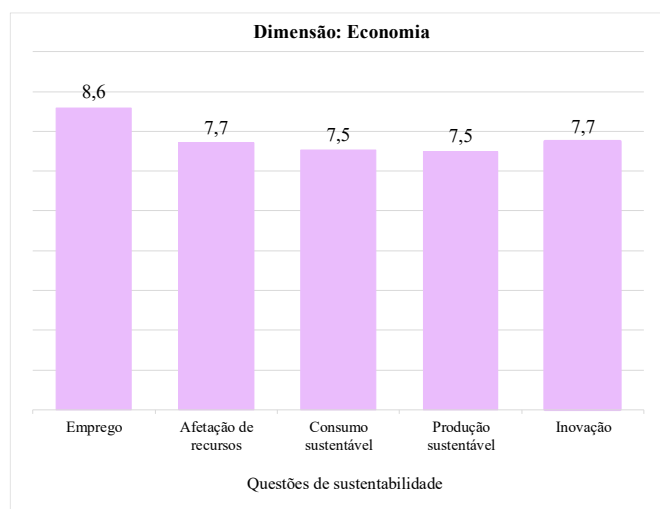
Por dimensão de sustentabilidade, as médias variaram entre 7,8 (dimensão Economia) e 8,4 (dimensões Governação e Sociedade). A média na dimensão Planeta foi de 8,2.



Nota: medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 18. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade da dimensão Sociedade, Portugal, dezembro 2021

Analisando os intervalos de variação das médias entre dimensões, observa-se que os valores de média, mínimo e máximo mais baixos foram observados na dimensão Economia (mínimo=7,5; máximo=8,6), e os mais elevados nas dimensões Sociedade, onde se observou o máximo mais elevado (mínimo=7,6; máximo=9,0) e Governação, onde se observou o mínimo mais elevado (mínimo=8,1; máximo=8,8). As médias na dimensão Planeta variaram entre 7,9 (mínimo) e 8,8 (máximo).

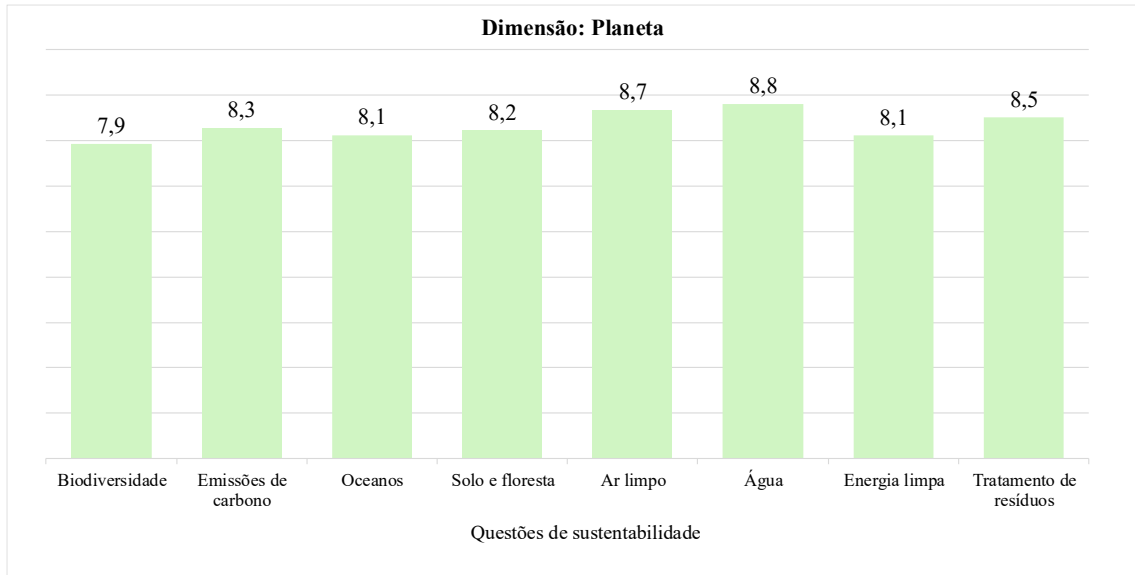


Nota: medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 19. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade na dimensão Economia, Portugal, dezembro 2021

RESULTADOS

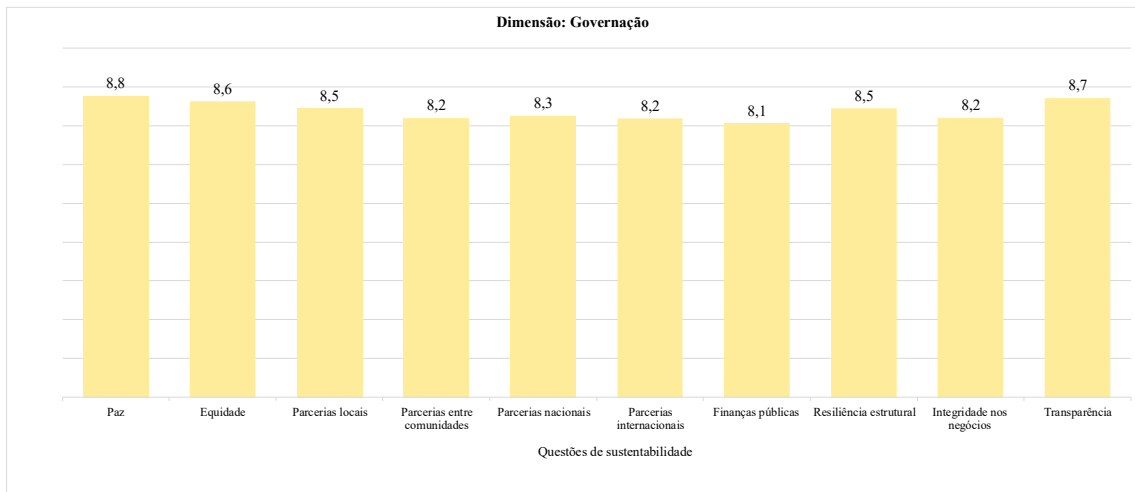
Na dimensão Sociedade, a questão de valor médio máximo foi a *organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados*, sendo, também o mais elevado da coleção, conforme já analisado, e *igualdade de oportunidades* foi a de média mais baixa (Figura 18).



Nota: medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 20. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade da dimensão Planeta, Portugal, dezembro 2021

Na dimensão Economia, a média mais elevada foi observada na questão *emprego* e a mais baixa nas questões *consumo sustentável* e *produção sustentável* (igualmente as de menor valor médio em toda a coleção de dados) (Figura 19).



Nota: medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

Figura 21. Distribuição das médias das pontuações atribuídas por questão de sustentabilidade da dimensão Governação, Portugal, dezembro 2021

RESULTADOS

Na dimensão Planeta, *água e biodiversidade* corresponderam às de maior e menor média, respetivamente (Figura 20).

Na dimensão Governança, *paz* foi a questão de maior pontuação média e *finanças públicas* a de média mais baixa (Figura 21).

No Anexo 9 podem ser consultados os resultados globais da análise estatística univariada efetuada.

3.2.2.3. Análise do coeficiente alfa de Cronbach

O Quadro 9 resume os coeficientes alfa de Cronbach calculados para todas as dimensões e por dimensão de sustentabilidade do referencial de translação dos ODS em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal.

Quadro 9. Coeficiente alfa de Cronbach para todas as dimensões e por dimensão de sustentabilidade do referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde e bem-estar sustentáveis adaptado a Portugal, dezembro 2021

	Coeficiente α Cronbach	Coeficiente α Cronbach com base em itens padronizados	nº de itens*
Sociedade	0,765	0,768	9
Economia	0,841	0,832	5
Planeta	0,966	0,967	8
Governança	0,904	0,907	10
Todas as dimensões	0,929	0,927	32

Legenda: α – alfa | *corresponde ao número de questões por dimensão de sustentabilidade | medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante)

As respetivas matrizes de correlação entre itens podem ser consultadas no Anexo 10.

Para efeitos da avaliação da consistência interna do referencial, consideraram-se os coeficientes com base nos itens padronizados (Figura 22).

Para o total das questões de sustentabilidade, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,93, tendo, na análise por dimensão, variado entre 0,77, na dimensão Sociedade, e 0,97 na dimensão Planeta.

Os valores alcançados foram superiores a 0,76 em todas as dimensões, valor mínimo considerado nas situações de “consistência aceitável” na maioria das classificações utilizadas na apreciação do coeficiente alfa de Cronbach (179).

RESULTADOS

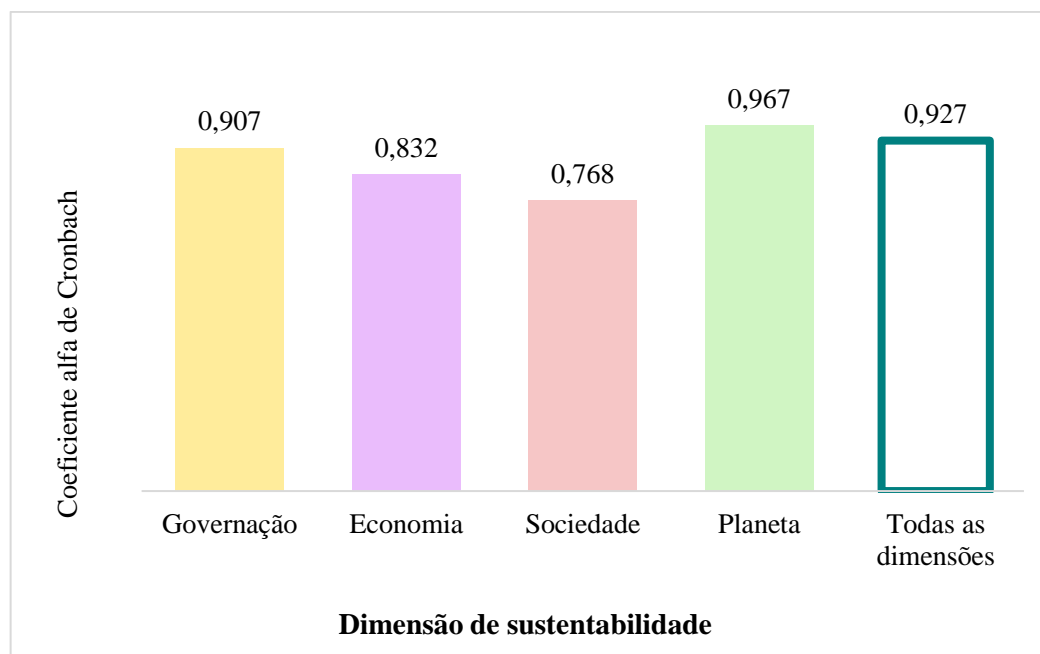


Figura 22. Distribuição dos coeficientes alfa de Cronbach por dimensão de sustentabilidade e para a totalidade das questões do referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de sustentabilidade relevantes para a saúde e bem-estar (calculados com base nos itens padronizados)

De acordo com a classificação de confiabilidade escolhida nesta investigação (apresentada no capítulo 2.3.2.2., página 55), a confiabilidade variou entre “alta”, nas dimensões Sociedade e Economia, e “muito alta” nas dimensões Planeta e Governança (Quadro 10).

Quadro 10. Resultados da apreciação da confiabilidade do coeficiente alfa de Cronbach para todas as dimensões e por dimensão de sustentabilidade, dezembro 2021

	Coeficiente α Cronbach	Confiabilidade
Sociedade	0,768	Alta
Economia	0,832	Alta
Planeta	0,967	Muito alta
Governança	0,907	Muito alta
Todas as dimensões	0,927	Muito alta

Nota: Apreciação segundo a classificação recomendada por Freitas e Rodrigues (125)

A análise das estatísticas de item-total (apresentadas no Anexo 11) mostra que a exclusão do item (questão de sustentabilidade) *fatores biológicos da Pessoa* aumentaria o coeficiente alfa de Cronbach da dimensão Sociedade de 0,767 para 0,811. Mostra, ainda,

que a exclusão dos itens *emprego* e *inovação* teriam um efeito semelhante na dimensão Economia, provocando um aumento do respetivo coeficiente de 0,832 para 0,864 e 0,844, respetivamente. Ainda assim, do ponto de vista da apreciação do parâmetro, a confiabilidade manter-se-ia na mesma categoria, ou seja, “alta”.

Pelo contrário, a exclusão de qualquer um dos itens das dimensões Planeta e Governação não teria como resultado o aumento dos valores dos respetivos coeficientes calculados com a totalidade dos itens.

3.3. Questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde de base populacional em Portugal, identificadas e priorizadas por uma análise da materialidade

3.3.1. Caracterização da população participante no estudo da materialidade

No estudo da materialidade foram utilizados os dados recolhidos através do questionário utilizado no estudo de avaliação do coeficiente alfa de Cronbach (EE2), conforme descrito no capítulo 2.3.2.2. (páginas 49 a 53). A população respondente do estudo da materialidade coincidiu, pois, com a do EE2, com exceção de um dos *stakeholders*, que foi excluído por não ter registado se a respetiva atividade/representação se situava ou não na área da saúde, dado obrigatório na análise da materialidade, para distribuição das respostas pelas subpopulações respondentes.

Dos 127 *stakeholders* da população em estudo, 74 (58,3%) participaram no estudo da materialidade, sendo distribuídos, para efeitos de análise, em várias subpopulações (Quadro 11):

- *stakeholders* da área da saúde (n=55; 74,3%¹⁷);
- *stakeholders* de áreas e setores externos à saúde (n=19; 25,7%¹⁷), que foram distribuídos por duas outras subpopulações:
 - *stakeholders* de outras áreas sociais que não a saúde (n=15; 20,3%¹⁷), dos quais 13 (17,6%¹⁷) provinham de áreas de carácter social em exclusivo;
 - *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico (n=6; 8,1%¹⁷), dois dos quais referiram representar entidades de cariz simultaneamente social.

¹⁷ Frequência relativa calculada em relação ao total de respondentes

Quadro 11. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) da população respondente no estudo da materialidade, por setor de atividade/representação, Portugal, dezembro 2021

	n	%*	%**
Setor social - saúde	55	74,3	75,3 (73)
Setor social – áreas externas à saúde, setor ambiental e setor económico	19	25,7	35,2 (54)
Setor social – áreas externas à saúde em exclusivo	13	17,6	28,3 (46)
Setor económico e, ou ambiental	6	8,1	75,0 (8)

Legenda: n – frequência absoluta | %* frequência relativa em relação ao número total de respondentes | %** frequência relativa em relação ao número de *stakeholders* da população em estudo da área específica | (..) valor utilizado em denominador no cálculo da respetiva frequência (número de *stakeholders* da população em estudo da área específica)
Notas: número de respondentes=74 | as frequências relativas foram calculadas com base nas respostas válidas e excluindo as respostas *sem opinião*

Relativamente à população em estudo na origem, observou-se a resposta de 75,3% da população em estudo da área da saúde; 35,2% da população em estudo de áreas sociais externas à saúde e três quartos da população em estudo dos setores ambiental e económico.

3.3.2. Análise univariada das pontuações atribuídas pelas subpopulações participantes

No estudo da materialidade, as perceções dos *stakeholders* quanto ao grau de importância das 32 questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde sustentável em Portugal em análise, foram estimadas a partir das pontuações atribuídas a cada questão enquanto determinante (nas dimensões Sociedade, Economia e Planeta) ou facilitador (na dimensão Governação) do alcance de saúde e bem-estar.

A análise da distribuição de frequências das pontuações atribuídas pelas subpopulações respondentes mostra um predomínio das pontuações da escala de medida mais elevadas em todas as questões de sustentabilidade das dimensões Sociedade e Planeta, e na maioria das questões das dimensões Economia e Governação, situando-se a frequência absoluta mais elevada, nestes casos, entre 8 e 10. As exceções observaram-se na dimensão Economia, com a frequência mais elevada das pontuações atribuídas à questão *consumo sustentável* a verificar-se no valor 6 na subpopulação das áreas e setores externos à saúde, e no valor 7, no subgrupo da área da saúde; e, na mesma dimensão, na questão *inovação*,

RESULTADOS

em que o valor mais pontuado pelos *stakeholders* externos à saúde foi 7 (8 nos da área da saúde). Também na dimensão Governança, na questão *integridade nos negócios*, o valor mais frequente foi 7 (9 no subgrupo da área da saúde).

No Anexo 12 pode consultar-se a distribuição de frequências absolutas e relativas da totalidade das questões de sustentabilidade das quatro dimensões, por subpopulação de *stakeholders* (saúde e áreas e setores externos à saúde).

O Quadro 12 apresenta os parâmetros de tendência central e o desvio padrão das pontuações atribuídas pelos *stakeholders* da área da saúde e pelos *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde.

No geral, os valores dos parâmetros de tendência central calculados a partir das pontuações atribuídas pelos *stakeholders* externos à saúde foram inferiores aos calculados a partir dos da área da saúde, observando-se o inverso nos valores do desvio padrão. Os valores do desvio padrão mais elevados foram observados nas respostas da subpopulação de *stakeholders* externos à saúde na dimensão Planeta (variação entre 1,7 e 2,6). A maior dispersão das pontuações atribuídas pelos respondentes externos à saúde pode, também, observar-se a partir da análise do Anexo 12.

A dimensão Economia apresentou os valores de média, mediana e moda mais baixos de toda a coleção no subgrupo dos *stakeholders* externos à saúde, tanto comparativamente com as pontuações atribuídas pelo mesmo grupo nas outras dimensões, como em comparação com as respostas dos *stakeholders* da área da saúde, na mesma dimensão. As questões da dimensão Economia onde se observaram as maiores diferenças foram: *consumo sustentável* (média=6,9; mediana=6,5; moda=6) e *inovação* (média=6,9; mediana=8,0; moda=7). Na dimensão Governança, na subpopulação externa à saúde, os parâmetros de tendência central foram também dos mais baixos, designadamente nas questões seguintes: *parcerias internacionais* (média=6,8; mediana=6,5; moda=6), *integridade nos negócios* (média=7,4; mediana=7,0; moda=7), *finanças públicas* (média=6,8; mediana=7,0; moda=9) e *parcerias entre comunidades* (média=7,1; mediana=7,0; moda=8).

RESULTADOS

Quadro 12. Parâmetros de tendência central e desvio padrão das pontuações atribuídas ao grau de importância por questão de sustentabilidade, em cada dimensão, por área de representação dos *stakeholders* (saúde ou externa à saúde), Portugal, dezembro 2021

Dimensão/questões de sustentabilidade	saúde	externa saúde	saúde	externa saúde	saúde	externa saúde
	média (desvio padrão)		mediana		moda	
Sociedade (pilar Pessoa*)						
1. Fatores biológicos da Pessoa	8,0 (1,8)	8,3 (1,7)	8,0	9,0	7, 8, 9, 10	10
2. Comportamentos individuais e de grupo	9,0 (0,9)	8,7 (1,4)	9,0	9,0	9	10
3. Educação	8,6 (1,2)	7,3 (2,2)	9,0	8,0	9	8
4. Condições de vida	8,9 (1,2)	8,8 (1,5)	9,0	9,0	10	9 e 10
5. Igualdade de oportunidades	7,6 (1,7)	7,4 (2,0)	8,0	8,0	8	8
6. Integração social	7,8 (1,5)	7,9 (1,9)	8,0	8,0	8	7 e 10
7. Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados	9,1 (1,2)	9,0 (1,2)	9,0	9,0	10	10
8. Qualidade de vida	8,7 (1,3)	8,5 (1,5)	9,0	9,0	10	8 e 10
9. Pessoa em contextos e ambientes específicos	8,2 (1,2)	7,9 (1,7)	8,0	8,0	8	9
Economia (pilar Prosperidade*)						
10. Emprego	8,6 (1,3)	8,6 (1,6)	9,0	9,0	9	9 e 10
11. Afetação de recursos	7,9 (1,6)	7,2 (2,1)	8,0	8,0	8	8
12. Consumo sustentável	7,7 (1,5)	6,9 (2,4)	8,0	6,5	7, 8,9	6
13. Produção sustentável	7,6 (1,5)	7,2 (2,3)	8,0	7,5	9	9
14. Inovação	8,0 (1,4)	6,9 (2,1)	8,0	7,0	8	7
Planeta (pilar Planeta*)						
15. Biodiversidade	8,1 (1,5)	7,3 (2,6)	9,0	8,0	9	8 e 10
16. Emissões de carbono	8,4 (1,6)	7,9 (2,6)	9,0	9,0	9	10
17. Oceanos	8,3 (1,7)	7,4 (2,6)	9,0	8,0	9	8 e 10
18. Solo e floresta	8,4 (1,6)	7,7 (2,6)	9,0	9,0	9	9 e 10
19. Ar limpo	8,8 (1,1)	8,3 (2,2)	9,0	9,0	9	10
20. Água	8,9 (1,3)	8,5 (1,7)	9,0	9,0	10	10
21. Energia limpa	8,2 (1,6)	7,7 (2,1)	9,0	8,0	9	8
22. Tratamento de resíduos	8,6 (1,3)	8,1 (1,8)	9,0	8,0	9	10
Governança (pilares Paz e Parcerias*)						
23. Paz	9,0 (1,2)	8,3 (2,3)	9,0	10	10	10
24. Equidade	8,9 (1,4)	8,0 (2,0)	9,0	8,0	10	10
25. Parcerias locais	8,7 (0,9)	7,8 (1,5)	9,0	8,0	8	9
26. Parcerias entre comunidades	8,6 (1,1)	7,1 (1,9)	9,0	7,0	9	8
27. Parcerias nacionais	8,5 (1,1)	7,5 (1,8)	9,0	8,0	9	9
28. Parcerias internacionais	8,7 (1,8)	6,8 (2,0)	9,0	6,5	9	6
29. Finanças públicas	8,5 (1,5)	6,8 (2,0)	9,0	7,0	9	9
30. Resiliência estrutural	8,7 (1,3)	7,7 (1,8)	9,0	7,5	10	7
31. Integridade nas negociações	8,5 (1,5)	7,4 (1,7)	9,0	7,0	9	7
32. Transparência	9,0 (1,3)	8,1 (1,4)	9,0	8,0	10	9

Legenda: *pilar segundo a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável | (...) desvio padrão

Notas: medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | área saúde: número de respondentes entre 51 e 55 | área externa saúde (áreas e setores externos): número de respondentes entre 17 e 19

3.3.3. Análise da materialidade

A análise da materialidade permitiu contrastar as percepções entre os *stakeholders* da área da saúde (*stakeholders* internos) e os *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde (*stakeholders* externos). As percepções dos *stakeholders* foram estimadas a partir da média das pontuações (pontuações médias) atribuídas a cada questão de sustentabilidade.

A análise da materialidade compreendeu três subanálises, que contrastaram as percepções dos *stakeholders* da área da saúde com as das subpopulações seguintes:

- *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde;
- *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde; e
- *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico.

3.3.3.1. Comparação das pontuações médias

O Quadro 13 apresenta as pontuações médias obtidas a partir das percepções dos *stakeholders* quanto ao grau de relevância das 32 questões de sustentabilidade em análise, por subpopulação.

Entre as subpopulações em análise, as pontuações médias variaram entre:

- 7,58 e 9,05 - *stakeholders* da área da saúde;
- 7,07 e 9,07 - *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde;
- 5,00 e 9,40 - *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico.

A partir das pontuações médias, constituíram-se listas de relevância das questões de sustentabilidade, ordenadas da questão de maior para a de menor relevância, por subgrupo populacional.

RESULTADOS

Quadro 13. Pontuações médias segundo a perceção dos *stakeholders* quanto ao grau de relevância de 32 questões de sustentabilidade, por subgrupo populacional, Portugal, dezembro 2021

	<i>Stakeholders</i>			
	área da saúde	áreas e setores externos à saúde	outras áreas sociais	setores ambiental e, ou económico
1. Fatores biológicos da Pessoa	7,98	8,28	8,14	8,60
2. Comportamentos individuais e de grupo	9,00	8,74	8,80	9,20
3. Educação	8,58	7,32	7,73	6,80
4. Condições de vida	8,91	8,84	8,87	9,00
5. Igualdade de oportunidades	7,58	7,37	7,80	7,40
6. Integração social	7,76	7,89	8,40	7,20
7. Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados	9,05	9,00	9,07	9,40
8. Qualidade de vida	8,71	8,53	8,60	8,60
9. Pessoa em contextos e ambientes específicos	8,19	7,94	8,14	8,40
10. Emprego	8,59	8,63	8,60	9,40
11. Afetação de recursos	7,87	7,22	7,50	7,60
12. Consumo sustentável	7,72	6,89	7,29	7,00
13. Produção sustentável	7,59	7,19	7,42	7,40
14. Inovação	7,98	6,94	7,07	7,60
15. Biodiversidade	8,13	7,33	7,79	8,00
16. Emissões de carbono	8,38	7,89	8,07	8,60
17. Oceanos	8,33	7,41	7,07	8,00
18. Solo e floresta	8,37	7,72	8,07	8,00
19. Ar limpo	8,78	8,28	8,43	8,60
20. Água	8,91	8,50	8,71	8,60
21. Energia limpa	8,24	7,72	8,00	8,20
22. Tratamento de resíduos	8,64	8,11	8,21	8,20
23. Paz	8,98	8,26	8,20	8,20
24. Equidade	8,89	7,95	8,07	8,40
25. Parcerias locais	8,67	7,78	7,93	7,40
26. Parcerias entre comunidades	8,58	7,11	7,20	6,40
27. Parcerias nacionais	8,52	7,53	7,80	7,00
28. Parcerias internacionais	8,65	6,83	7,07	5,80
29. Finanças públicas	8,50	6,84	7,20	5,00
30. Resiliência estrutural	8,72	7,67	7,64	7,75
31. Integridade nas negociações	8,46	7,41	7,38	8,25
32. Transparência	8,96	8,12	8,15	8,25

Legenda: *foi utilizada a sinalética colorida das dimensões de sustentabilidade do modelo GAPFRAME (102)

■ dimensão Sociedade; ■ dimensão Economia; ■ dimensão Planeta; ■ dimensão Governação

RESULTADOS

O Quadro 14 apresenta a lista de ordenação por grau de relevância segundo a percepção dos *stakeholders* da área da saúde, indicando o lugar de ordem de cada questão nas listas de ordenação das outras subpopulações.

Numa primeira análise constata-se que as questões de sustentabilidade de maior relevância segundo a percepção dos *stakeholders* da área da saúde estão incluídas nas dimensões Sociedade, Governança e Planeta, relegando as questões da dimensão Economia para o final da respectiva lista de ordenação, com exceção da questão *emprego*, que se situa sensivelmente a meio da lista. Para além da dimensão Economia, os lugares de menor relevância neste grupo de *stakeholders* corresponderam a questões da dimensão Sociedade.

Para os *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde, foram também priorizadas questões das dimensões Sociedade, Planeta e Governança, mas privilegiando a dimensão Planeta relativamente à Governança. Nos *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico, são principalmente priorizadas questões das dimensões Sociedade e Planeta, e menos as questões da Governança. Nestes dois subgrupos, a questão *emprego* surge num lugar de maior relevância relativamente às prioridades do grupo da saúde. Quanto aos lugares de menor relevância, a subpopulação social externa à saúde percecionou essencialmente questões das dimensões Governança e Economia, e os representantes dos setores ambiental e, ou económico essencialmente questões da dimensão Governança.

A questão de sustentabilidade percecionada como de maior relevância pelos *stakeholders* da área da saúde foi a *organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados* (dimensão Sociedade), a qual foi igualmente percecionada como mais relevante pelos *stakeholders* dos outros subgrupos em análise.

Seguiram-se, segundo as percepções da subpopulação da área da saúde, e por ordem decrescente de relevância, as questões de sustentabilidade seguintes:

- 2ª posição: *comportamentos individuais e de grupo*. Foi igualmente bem posicionada pelos outros *stakeholders*, embora numa posição de menor relevância;
- 3ª e 4ª posições: *paz e transparência*. Foram igualmente bem posicionadas pelos setores externos à saúde, mas ocupando um lugar quase a meio da lista do subgrupo das áreas sociais externas à saúde;

RESULTADOS

Quadro 14. Listagem das questões de sustentabilidade por grau de relevância, por ordem decrescente, segundo a perceção dos *stakeholders* da área da saúde, e posição ocupada nas listagens das outras subpopulações, Portugal, dezembro 2021

	<i>Stakeholders</i>			
	área da saúde	áreas e setores externos à saúde	outras áreas sociais	setores ambiental e, ou económico
7. Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados	1	1	1	1
2. Comportamentos individuais e de grupo	2	3	3	5
23. Paz	3	9	10	6
32. Transparência	4	10	11	8
4. Condições de vida	5	2	2	3
20. Água	6	6	4	9
24. Equidade	7	12	16	14
19. Ar limpo	8	8	7	10
30. Resiliência estrutural	9	19	23	13
8. Qualidade de vida	10	5	5	7
25. Parcerias locais	11	16	18	18
28. Parcerias internacionais	12	32	30	29
22. Tratamento de resíduos	13	11	9	11
10. Emprego	14	4	6	4
3. Educação	16	25	22	30
26. Parcerias entre comunidades	15	28	28	24
27. Parcerias nacionais	17	20	19	25
29. Finanças públicas	18	31	29	32
31. Integridade nas negociações	19	22	26	15
16. Emissões de carbono	20	15	14	12
18. Solo e floresta	21	17	15	22
17. Oceanos	22	21	31	19
21. Energia limpa	23	18	17	17
9. Pessoa em contextos e ambientes específicos	24	13	12	16
15. Biodiversidade	25	24	21	26
1. Fatores biológicos da Pessoa	27	7	13	2
14. Inovação	26	29	32	21
11. Afetação de recursos	28	26	24	23
6. Integração social	29	14	8	28
12. Consumo sustentável	30	30	27	31
13. Produção sustentável	31	27	25	20
5. Igualdade de oportunidades	32	23	20	27

Nota: foi utilizada a sinalética colorida das dimensões de sustentabilidade do modelo GAPFRAME (102)

■ dimensão Sociedade; ■ dimensão Economia; ■ dimensão Planeta; ■ dimensão Governação

RESULTADOS

- 5ª posição: *condições de vida*. Foi a 2ª questão mais relevante para os *stakeholders* de áreas sociais externas à saúde e ocupou a 3ª posição na lista dos setores ambiental e, ou económico;
- 6ª posição: *água*. Ocupou posição de maior destaque relativo na lista do subgrupo de áreas sociais externas à saúde (4ª posição) *versus* a 10ª posição na lista dos setores ambiental e, ou económico;
- 7ª posição: *equidade*. Contrastando com a posição atribuída pela saúde, situa-se a meio da lista de qualquer um dos outros subgrupos de *stakeholders*;
- 8ª posição: *ar limpo*. Ocupou posição próxima nas listas de todos os subgrupos em análise;
- 9ª posição: *resiliência estrutural*. Na análise comparativa, ocupou um lugar inferior em termos de relevância no subgrupo de áreas sociais externas à saúde;
- 10ª posição: *qualidade de vida*. Questão com pontuação média mais elevada nos *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde;
- 11ª posição: *parcerias locais*. Ocupou um lugar um pouco abaixo de meio das listas correspondentes aos outros subgrupos;
- 12ª posição: *parcerias internacionais*. Encontrava-se posicionada no final das listas de relevância dos *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde e outros setores;
- 13ª posição: *tratamento de resíduos*. Foi um pouco mais valorizada pelos outros subgrupos em relação ao da saúde;
- 14ª posição: *emprego*. Foi dada maior relevância pelos outros subgrupos a esta questão, posicionando-se em 6º e 4º lugar nas listas dos *stakeholders* de áreas sociais externas à saúde, e dos setores ambiental e, ou económico, respetivamente;
- 15ª posição: *educação*. Foi percecionada como menos relevante pelos outros *stakeholders* (22ª e 30ª posições, pelas subpopulações de áreas sociais externas à saúde, e dos setores ambiental e, ou económico, respetivamente);
- 16ª posição: *parcerias entre comunidades*. Encontra-se posicionada nos lugares inferiores das listas de relevância dos *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde e outros setores;

RESULTADOS

- 17ª posição: *parcerias nacionais*. Posição um pouco mais valorizada pelos outros subgrupos relativamente à questão de sustentabilidade anterior;
- 18ª posição: *finanças públicas*. Foi das questões menos bem pontuadas pelos *stakeholders* externos à saúde, ocupando a 32ª e última posição no grupo dos setores ambiental e, ou económico, e a 29ª posição no grupo de áreas sociais externas à saúde;
- 19ª posição: *integridade nas negociações*. Foi mais bem pontuada nos setores externos à saúde, relativamente à área da saúde e também, às áreas sociais externas à saúde;
- 20ª posição: *emissões de carbono*. Ocupou posição de maior relevância nas subpopulações externas à saúde;
- 21ª posição: *solo e floresta*. Ocupou posição de maior relevância na lista dos *stakeholders* de áreas sociais externas à saúde;
- 22ª posição: *oceanos*. Situou-se na penúltima posição da lista dos *stakeholders* de áreas sociais externas à saúde;
- 23ª posição: *energia limpa*. Ocupou posição de maior relevância nas subpopulações externas à saúde;
- 24ª posição: *pessoa em contextos e ambientes específicos*. Ocupou posição de maior relevância nas subpopulações externas à saúde;
- 25ª posição: *biodiversidade*. Foi valorizada de forma semelhante por todas as subpopulações;
- 26ª posição: *fatores biológicos da Pessoa*. Distanciando-se da posição atribuída pelo subgrupo da área da saúde, ocupou o 2º lugar na lista de relevância dos *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico, sendo mais bem pontuada também no subgrupo de áreas sociais externas à saúde;
- 27ª posição: *inovação*. Ocupou o 32ª e último lugar na lista de relevância dos *stakeholders* de áreas sociais externas à saúde, ocupando um lugar de maior relevância no subgrupo dos outros setores, também em relação à área da saúde;
- 28ª posição: *afetação de recursos*. Ocupou posição próxima nas listas de todas as subpopulações em análise;
- 29ª posição: *integração social*. Foi particularmente valorizada pelo subgrupo de áreas sociais externas à saúde;

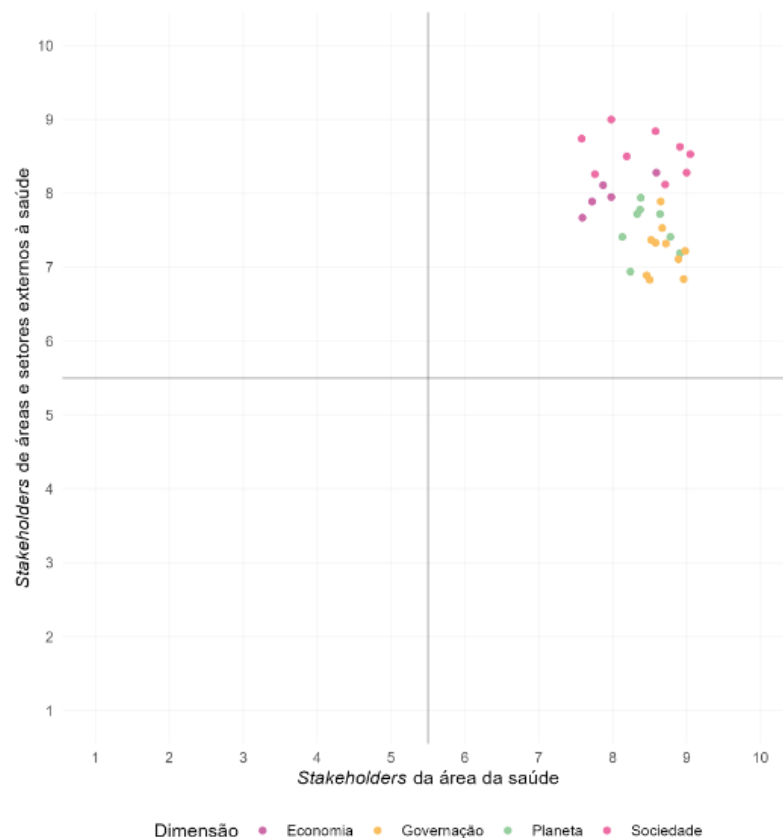
RESULTADOS

- 30ª posição: *consumo sustentável*. Ocupou posição próxima nas listas de todos os subgrupos em análise;
- 31ª posição: *produção sustentável*. Ocupou posição de maior relevância na lista dos *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico;
- 32ª posição: *igualdade de oportunidades*. Ocupou posição de maior relevância na lista dos *stakeholders* de áreas sociais externas à saúde.

3.3.3.2. Matrizes de materialidade

Foram construídas três matrizes de materialidade (Figuras 23 e 24), que contrastam as perceções estimadas dos *stakeholders* da área da saúde com:

- as do conjunto dos *stakeholders* de todas as áreas e setores externos à saúde;
- dos *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde; e
- dos *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico.

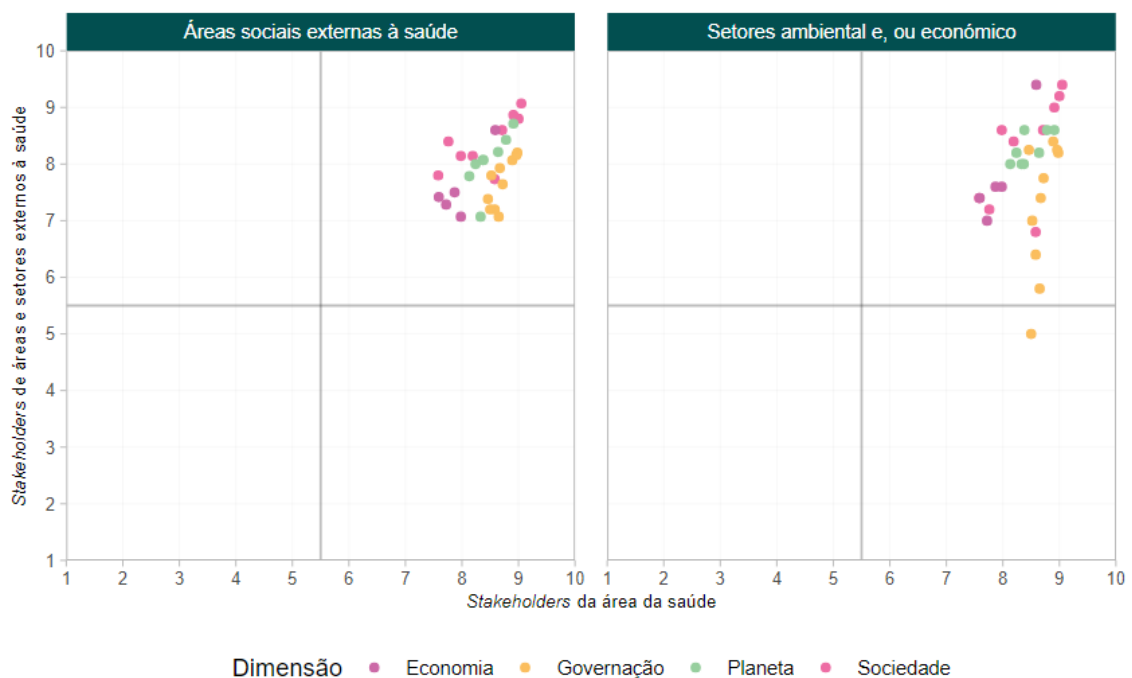


Legenda: foi utilizada a sinalética colorida das dimensões de sustentabilidade do modelo GAPFRAME (102)
Figura 23. Matriz de materialidade que contrasta as pontuações médias obtidas entre os *stakeholders* da área da saúde e o conjunto dos *stakeholders* externos à saúde, por questão de sustentabilidade, Portugal, 2021

RESULTADOS

A Figura 23 mostra que a totalidade das questões de sustentabilidade se situam no quadrante superior direito da matriz, evidenciando que as 32 questões de sustentabilidade foram percecionadas como de elevada relevância pelos *stakeholders* da área da saúde e os *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde, embora com menor relevância relativa entre elas, conforme já salientado na análise comparativa anterior das pontuações médias.

Contudo, a comparação das matrizes construídas com as subpopulações que resultam da desagregação do conjunto dos *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde, em *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde e *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico (Figura 24), evidencia que a questão de sustentabilidade *finanças públicas* foi percecionada como altamente relevante pelas subpopulações do setor social mas de baixa relevância pela subpopulação dos setores ambiental e, ou económico.



Legenda: foi utilizada a sinalética colorida das dimensões de sustentabilidade do modelo GAPFRAME (102)

Figura 24. Matrizes de materialidade que contrastam as pontuações médias obtidas entre os *stakeholders* da área da saúde e os *stakeholders* de áreas sociais externas à saúde (à esquerda); e os *stakeholders* da área da saúde e os *stakeholders* dos setores económico e, ou ambiental (à direita), por questão de sustentabilidade, Portugal, 2021

As questões de sustentabilidade *parcerias internacionais*, *parcerias entre comunidades e educação*, embora posicionadas no quadrante superior direito da matriz, estão mais

distantes do conjunto que representa todas as outras questões desse quadrante, aproximam-se do inferior direito, sugerindo uma menor relevância relativa que poderá vir a ter significado.

3.4. Exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, em Portugal

3.4.1. Caracterização da população

Dos 116 indivíduos da população em estudo no Estudo Específico 4 (EE4) (profissionais dos serviços operativos de saúde pública), participaram nesse estudo 102 (87,9% do total), de ambos os sexos, com predomínio do sexo feminino (n=77; 75,5%) e com idades maioritariamente entre os 40 e os 49 anos (n=34; 33,6%) (Quadro 15).

Participaram profissionais de todas regiões de saúde de tipo NUTS II¹⁸, de Portugal, com exceção da Região Autónoma dos Açores, principalmente da região Norte (n=43; 42,6%). A profissão mais representada foi a médica, tendo participado 56 médicos (57,2%), dos quais 47 (48,0%) da especialidade de saúde pública, e 8 (8,2%) médicos-internos de saúde pública. Dos médicos de saúde pública que indicaram a categoria profissional (em número de 31) 9 pertenciam à categoria de assistente, 15 eram assistentes graduados e 7 eram assistentes graduados seniores. Participaram médicos de todas as regiões de saúde, exceto Alentejo e Regiões Autónomas.

¹⁸ NUTS II - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos de tipo II

RESULTADOS

Quadro 15. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das variáveis de caracterização demográfica e profissional da população participante no Estudo Específico 4, Portugal, 2019

	n	%	%*
Sexo			
Feminino	77	24,5	24,5
Masculino	25	24,5	24,5
Grupo etário (anos)			
<30	3	2,9	3,0
30-39	22	21,6	21,8
40-49	34	33,3	33,6
50-59	24	23,5	23,8
60-69	18	17,6	17,8
Região de Saúde			
Norte	43	42,2	42,6
Centro	19	18,6	18,8
Lisboa e Vale do Tejo	27	26,5	26,7
Alentejo	6	5,9	5,9
Algarve	5	4,9	5,0
Região Autónoma da Madeira	1	1,0	1,0
Profissão			
Médico de saúde pública	47	46,1	48,0
Médico de outra especialidade	1	1,0	1,0
Médico-interno de saúde pública	8	7,8	8,2
Enfermeiro	25	24,5	25,5
Técnico de Saúde Ambiental	11	10,8	11,2
Outra	6	5,9	6,1

Legenda: n=frequência absoluta | *% - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas

Participaram 25 enfermeiros (25,5%), de todas as regiões de saúde exceto Regiões Autónomas; 11 técnicos de saúde ambiental (11,2%), de todas as regiões exceto Algarve e Regiões Autónomas, dois profissionais da área da gestão ou economia da região Centro, um psicólogo e um sociólogo ambos da região Norte, um docente do ensino superior da

Região Autónoma da Madeira e um técnico superior da região do Alentejo (Quadros 15 e 16).

Quadro 16. Distribuição da população participante no estudo por profissão e região de saúde, Portugal, 2019

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	RAM
Médico de saúde pública	21	11	11	0	3	0
Médico de outra especialidade	0	1	0	0	0	0
Médico-interno de saúde pública	2	1	3	1	1	0
Enfermeiro	11	3	7	3	1	0
Técnico de Saúde Ambiental	5	1	4	1	0	0
Psicólogo	1	0	0	0	0	0
Sociólogo	1	0	0	0	0	0
Gestor ou economista	0	2	0	0	0	0
Docente do ensino superior	0	0	0	0	0	1
Técnico superior	0	0	0	1	0	0
respostas válidas (n°)	41	19	25	6	5	1

Legenda: n° - número | LVT – Lisboa e Vale do Tejo | RAM – Região Autónoma da Madeira

3.4.2. Formação profissional e experiência profissional em planeamento em saúde

No âmbito da formação específica ou especializada em planeamento em saúde de base populacional, 71,6% (n=73) dos participantes referiram ter frequentado o Curso de Especialização em Saúde Pública ministrado em Portugal (CESP) e 32,4% (n=33) indicaram ter frequentado outros cursos.

No campo da experiência profissional em atividades de planeamento em saúde, 91,2% (n=93) dos profissionais indicaram ter participado em pelo menos uma atividade de planeamento em saúde.

Diagnóstico de situação e definição de prioridades foram as atividades indicadas com maior frequência, seguindo-se a seleção de estratégias, a fixação de objetivos, e a monitorização e, ou avaliação de programas ou de planos de atividades. Planeamento de serviços e contratualização foram as atividades de menor frequência (Quadro 17).

Quadro 17. Distribuição de frequências relativas (%) da duração de prática em planeamento em saúde, por atividade de planeamento, Portugal, 2019

	Duração (anos)*					
	<1	1-4	5-9	10-19	20-29	≥30
Diagnóstico de situação (n=93)	12,9%	30,1%	17,2%	22,6%	11,8%	5,4%
Seleção de estratégias (n=92)	16,3%	29,3%	20,7%	20,7%	7,6%	5,4%
Definição de prioridades (n=93)	12,9%	31,2%	22,6%	20,4%	7,5%	5,4%
Fixação de objetivos de saúde (n=91)	12,1%	34,1%	19,8%	19,8%	8,8%	5,5%
Monitorização e ou avaliação de plano estratégico de saúde (n=83)	15,7%	34,9%	25,3%	15,7%	4,8%	3,6%
Planeamento e gestão de programas de saúde (n=87)	8,0%	29,9%	16,1%	29,9%	13,8%	2,3%
Planeamento de serviços (n=79)	12,8%	35,9%	16,7%	24,4%	9,0%	1,3%
Contratualização (n=79)	21,5%	45,6%	21,5%	11,4%	0,0%	0,0%
Monitorização e, ou avaliação de programas ou de planos de atividades (n=90)	8,9%	28,9%	16,7%	28,9%	13,3%	3,3%

Legenda: n=número de respostas válidas | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas | *duração em anos de prática de cada atividade

No que respeita ao tempo de prática em cada uma das atividades, observou-se que o intervalo de tempo 1 a 4 anos foi o indicado com maior frequência em todas as atividades, seguindo-se os intervalos de 5 a 9 anos ou 10 a 19 anos, consoante a atividade em causa (Quadro 17). A duração mediana foi de 5 a 9 anos em todas as atividades, exceto em planeamento de serviços, e na contratualização, para as quais foi de 1 a 4 anos. O intervalo de tempo indicado com maior frequência foi o de 1 a 4 anos, para todas as atividades, tendo-se observado uma segunda moda, de 10 a 19 anos, nas atividades de planeamento e gestão de programas de saúde, e de monitorização e, ou avaliação de programas ou de planos de atividades (Quadro 17).

3.4.3. Aceitabilidade, capacitação, recursos e exequibilidade

3.4.3.1. Aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável

A quase totalidade dos profissionais participantes no estudo considerou positiva a aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável (Quadro 18 e Figura 25),

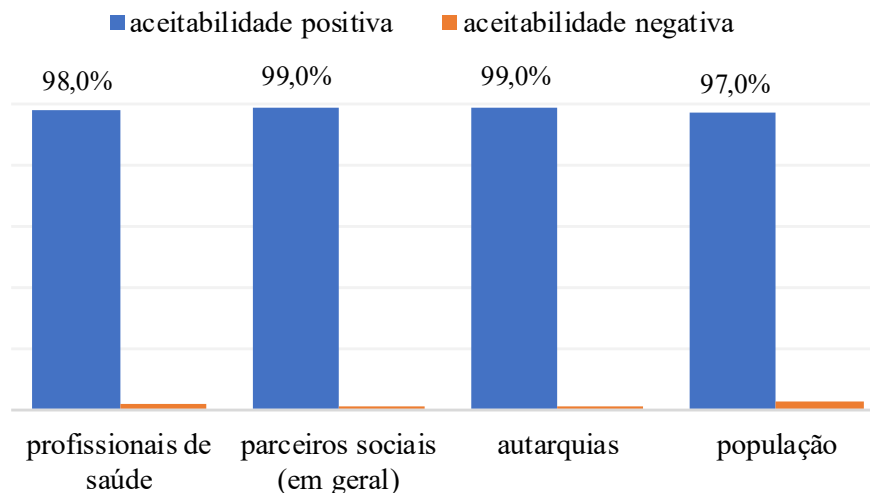
RESULTADOS

por parte de todos os grupos populacionais considerados: profissionais de saúde (98,0%), parceiros sociais no seu entendimento mais lato (99,0%), autarquias(99,0%) e população em geral (97,0%).

Quadro 18. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável, por grupo populacional, Portugal, 2019

	respostas válidas (n°)	perceção positiva		perceção negativa	
		n	%	n	%
profissionais de saúde	101	99	98,0	2	2,0
parceiros sociais (em geral)	101	100	99,0	1	1,0
autarquias	100	99	99,0	1	1,0
população	99	96	97,0	3	3,0

Legenda: n° - número | n=frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao número total de respostas válidas



Legenda: número de respostas válidas: profissionais de saúde=101; parceiros sociais (em geral)=101; autarquias=100; população=99 | % - proporção calculada em relação ao total de respostas válidas

Figura 25. Distribuição da proporção (%) de profissionais de saúde pela perceção quanto à aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável, por grupo populacional, Portugal, 2019

3.4.3.2. Capacitação para a execução das atividades de planeamento em saúde

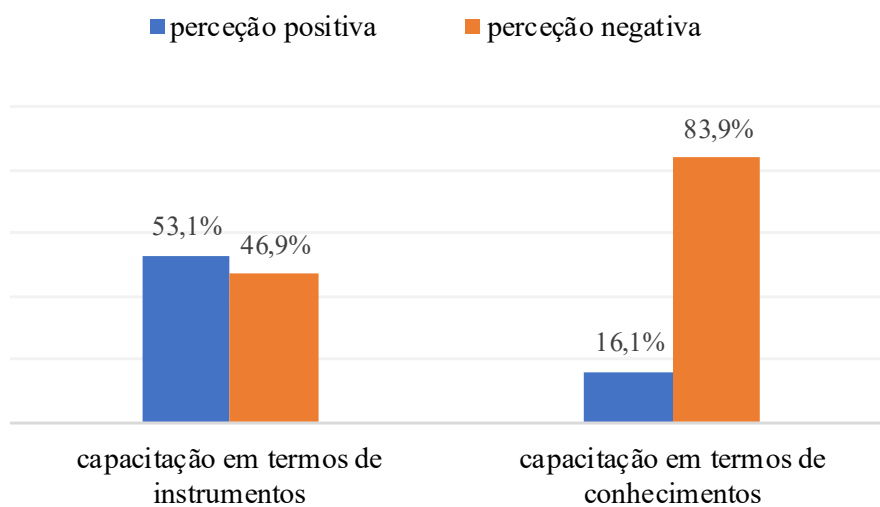
Cerca de metade da população respondente (46,9%) percecionou como negativa a capacitação dos profissionais de saúde para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável, proporção que aumentou para 83,9% no âmbito da capacitação dos serviços em termos de instrumentos de apoio (Quadro 19 e Figura 26).

RESULTADOS

Quadro 19. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela capacitação dos profissionais e dos serviços para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável, em termos de conhecimentos e de instrumentos, Portugal, 2019

	respostas válidas (n°)	perceção positiva		perceção negativa	
		n	%	n	%
conhecimentos	98	52	53,1	46	46,9
instrumentos	93	15	16,1	78	83,9

Legenda: n° - número | n=frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao número total de respostas válidas



Legenda: número de respostas válidas: instrumentos=93; conhecimentos=98 | % - proporção calculada em relação ao total de respostas válidas

Figura 26. Distribuição da proporção (%) de profissionais de saúde pela percepção quanto à capacitação para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável, em termos de conhecimentos e de instrumentos, Portugal, 2019

3.4.3.3. Recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável

No geral, os profissionais de saúde participantes no estudo consideraram que, à data, não existiam os recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento sustentável em saúde ao nível subnacional (Quadro 20 e Figura 27).

De 101 participantes, 77,2% (n=78) consideraram não existir os recursos mínimos em termos de tempo dedicado a essas atividades. Relativamente aos recursos humanos, 81,4% (n=83) dos participantes expressaram não existir a quantidade mínima necessária para as atividades exigidas, proporção que aumentou para 86,1% (n=87) na análise das percepções quanto aos recursos financeiros.

RESULTADOS

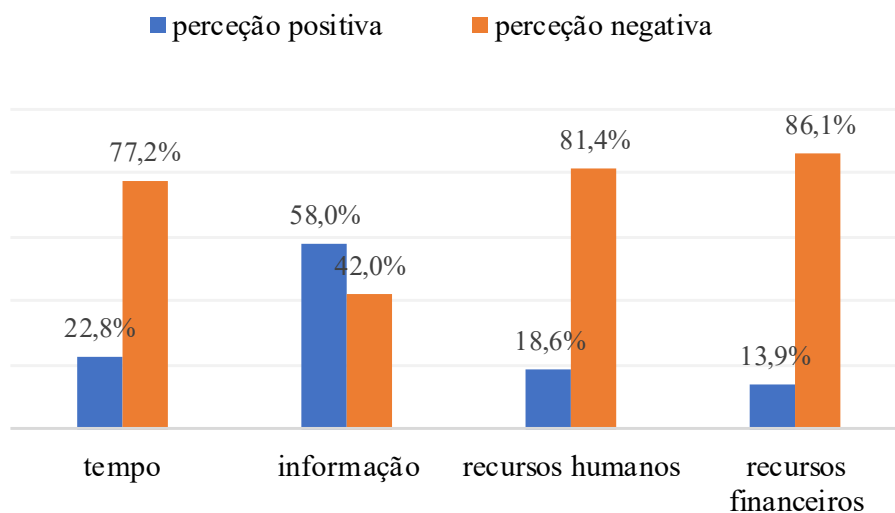
No âmbito da existência dos recursos mínimos ao nível subnacional, a situação percecionada como mais favorável disse respeito aos recursos de informação útil, percecionada como positiva por 58,0% (n=58) dos profissionais que participaram no EE4.

Quadro 20. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela perceção quanto à existência ou não de recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, por tipo de recurso, Portugal, 2019

	respostas válidas (n°)	perceção positiva		perceção negativa	
		n	%	n	%
tempo	101	23	22,8	78	77,2
informação	100	58	58,0	42	42,0
recursos humanos	102	19	18,6	83	81,4
recursos financeiros	101	14	13,9	87	86,1

Legenda: n° - número | n=frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao número total de respostas válidas

Nota: perceção positiva - entendimento quanto à existência dos recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável; perceção negativa - entendimento quanto à não existência dos recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável



Legenda: número de respostas válidas: tempo=101; informação=100; recursos humanos=102; recursos financeiros=101 | % - proporção calculada em relação ao total de respostas válidas | perceção positiva - entendimento quanto à existência dos recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável; perceção negativa - entendimento quanto à não existência dos recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável

Figura 27. Distribuição da proporção (%) de profissionais de saúde pela perceção quanto à existência ou não de recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, por tipo de recurso, Portugal, 2019

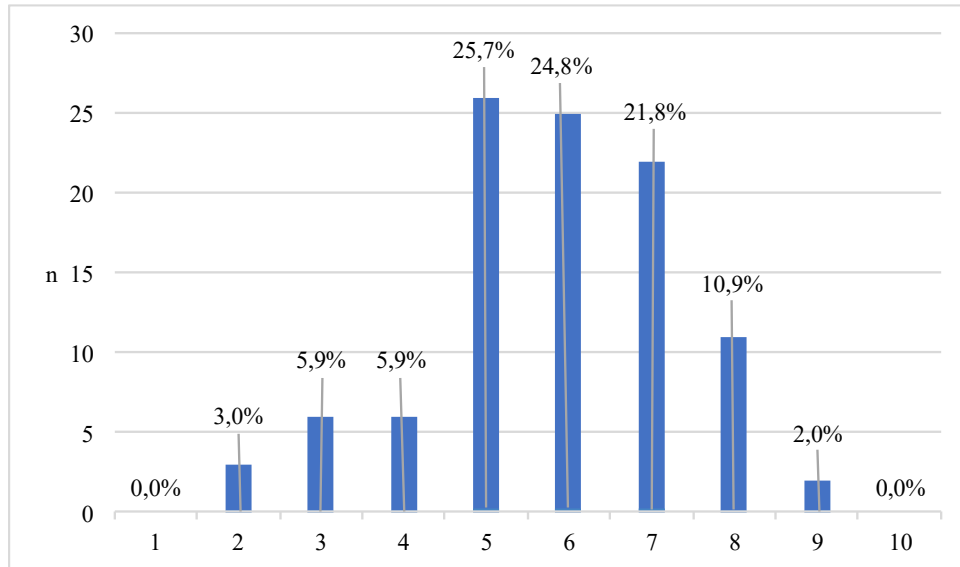
3.4.3.4. Exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional em Portugal

A Figura 28 apresenta a distribuição de frequências quanto à perceção da exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional em Portugal, com base nas perceções dos profissionais de saúde pública relativas:

- à aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável, por parte dos profissionais de saúde, dos parceiros sociais, das autarquias e da população em geral;
- à capacitação dos profissionais e serviços para a execução das atividades de planeamento sustentável em saúde, em termos de conhecimentos e instrumentos de apoio;
- à existência dos recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento sustentável em saúde ao nível subnacional, em termos de tempo dedicado, informação útil disponível, recursos humanos e recursos financeiros.

De acordo com a escala de medição utilizada (descrita no capítulo 2.3.2.2., página 52), em que o valor 1 correspondeu a “não exequível” e o valor 10 a “perfeitamente exequível”, cerca de metade (50,5%) dos profissionais de saúde pública percecionaram a exequibilidade como média (valores entre 5 e 6), 14,9% consideraram-na baixa, muito baixa ou mínima (valores entre 2 e 4), e 34,7% percecionaram-na como elevada, muito ou muitíssimo elevada (valores entre 7 e 9). Não se registaram os valores extremos da escala. A pontuação média foi de 5,8 (desvio padrão de 1,5), a pontuação mediana foi 5,5 e a moda foi 5.

RESULTADOS



Legenda: número de respostas válidas=101 | medição por escala tipo Likert de 1 (não exequível) a 10 (perfeitamente exequível) | n=frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao número total de respostas válidas

Figura 28. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) pela percepção quanto à exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível subnacional, Portugal, 2019

3.4.3.5. Outros resultados decorrentes da análise

O questionário aplicado no EE4 incluía uma pergunta dedicada à disponibilidade para participar em futuros estudos de planeamento em saúde sustentável.

Responderam a essa pergunta 93 (91,2%) participantes, dos quais 95,7% (n=89) indicaram estar disponíveis.

4. Discussão e Conclusões

Esta investigação surgiu da necessidade de aprofundar o conhecimento quanto à potencial contribuição do planeamento estratégico em saúde para o aumento do nível de saúde das populações e o fortalecimento dos sistemas de saúde no paradigma do desenvolvimento sustentável e no quadro concetual e operacional da Agenda 2030. Ciente desse potencial, mas, também, da complexidade em ajustar os modelos de planeamento em saúde, por um lado, ao modelo de desenvolvimento humano vigente, e, por outro, aos desafios crescentes e variados que, no âmbito da saúde das populações e dos sistemas de saúde, se têm colocado ao longo das décadas, com particular atenção para os inerentes à pandemia de COVID-19 e respetivas consequências, pretendeu-se contribuir para a compreensão de como pode o planeamento estratégico em saúde ser efetivo na seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o modelo concetual do desenvolvimento sustentável e com a Agenda 2030.

Seguindo a lógica do quadro de referência da investigação (descrito na Figura 5, página 31), a expectativa é que a adequação dos modelos de planeamento estratégico em saúde possa gerar produtos cuja implementação conduza à melhoria do estado de saúde das populações, e, simultaneamente, ao alcance de todos os ODS, pelo posicionamento da saúde como consequência, mas, também, como pré-condição do desenvolvimento, inserindo esta lógica num movimento que almeja a evolução no sentido de um sistema progressivamente mais sustentável, equitativo, intergeracional e próspero de pessoas saudáveis em equilíbrio com o resto da natureza.

Optando-se por uma abordagem metodológica de métodos mistos com dominância qualitativa, procurou-se responder à pergunta de investigação recorrendo à estratégia de *estudo de caso*, centrada no *planeamento estratégico em saúde*, enquanto caso. Os resultados globais da investigação emergiram da integração dos resultados de quatro Estudos Específicos¹⁹, organizados sob a forma de contributos para a construção de um modelo de planeamento estratégico em saúde, aos níveis nacional e internacional, favorável à seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o modelo concetual do desenvolvimento sustentável e com a Agenda 2030.

¹⁹ Cada Estudo Específico foi executado por equipa de investigação própria, liderada pela autora deste projeto de investigação.

O modelo de análise das políticas de saúde de Walt e Gilson inspirou e baseou o quadro de referência da investigação: a) na definição operacional do caso em estudo enquanto *processo*; b) na valorização, em todos os Estudos Específicos, do *contexto* – o compromisso global assumido com a aprovação da Agenda 2030 e o quadro de referência da OMS Europa expresso na Estratégia Health 2020, a nível internacional, e, a nível nacional, a política do governo quanto ao setor da saúde e à sustentabilidade; c) no envolvimento dos *stakeholders* do planeamento em saúde; e d) na especificação e compreensão dos *produtos* de planeamento analisados e respetivos *conteúdos*.

No presente capítulo de Discussão e Conclusões são abordados e discutidos os resultados globais que descrevem o caso em estudo, tendo-se procurado, por um lado, identificar linhas de evidência convergentes, mas, também, inconsistências, tentando descrever o caso com o maior aprofundamento possível; por outro, discutir vantagens das opções metodológicas bem como limitações e suas eventuais repercussões na validade da investigação, e ainda situar os resultados em relação a conhecimentos anteriores, efetuando recomendações para o futuro e tirando conclusões.

4.1. Conceitos e características processuais e metodológicas do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável

Os resultados da investigação evidenciam linhas de convergência entre as fontes e métodos de recolha utilizados quanto à problemática da terminologia específica da área temática (134–138,140) e quanto a características processuais e metodológicas essenciais de um modelo de planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável, no geral e em emergência de saúde pública (15,44–47,49,50,52,64,141).

Os temas que emergiram da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT são consistentes com os temas identificados nas fontes documentais selecionadas por revisão da literatura. Contudo, é de admitir que os temas sugeridos para debate, da autoria do organizadores do evento e previamente disponibilizados aos participantes na sessão, possam ter orientado as apresentações dos oradores e condicionado, de alguma forma, o debate, o que seria uma limitação. Todavia, esse aspeto não parece interferir, pelo menos de forma direta, com a consistência entre os temas e padrões identificados a partir das mensagens do debate da mesa-redonda e das fontes documentais selecionadas e analisadas.

Os participantes na mesa-redonda provieram de vários países, o que, conjuntamente com a análise de documentação de vários tipos (científica, técnica e política), em língua portuguesa e inglesa, permitiu obter uma perspetiva internacional.

A observação participativa pareceu uma estratégia adequada à recolha de dados primários, pelo seu potencial para contribuir para a compreensão em profundidade do tema segundo a perspetiva de pessoas interessadas na problemática o suficiente para escolher participar na mesa-redonda em causa de entre outras sessões a decorrer paralelamente no 5CNMT. A revisão da literatura de tipo narrativa pareceu adequada ao enriquecimento da discussão temática a partir de documentação já publicada, coadjuvada pela análise documental e análise temática.

4.1.1. Perceções sobre termos e conceitos

Abordar um modelo de planeamento estratégico em saúde alinhado com o modelo concetual do desenvolvimento sustentável e com a Agenda 2030, requer, *ab initio*, a explicitação clara dos termos “sustentável” e “sustentabilidade”, atendendo à multiplicidade de interpretações, entendimentos e definições paralelas que se observaram a nível nacional e internacional tanto nas apresentações e debate da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT, como nas fontes documentais analisadas (134–138,140). Apesar da multiplicidade de perceções, parece consensual que, no contexto da Agenda 2030, o termo “sustentável” deve ser entendido e utilizado de acordo com o conceito de desenvolvimento sustentável sistematizado no Relatório Brundtland (15), segundo o qual se conecta o conceito de desenvolvimento humano à garantia de que a satisfação das necessidades num dado momento não compromete a capacidade de satisfação das necessidades das futuras gerações (14). O aumento da abrangência e complexidade do termo “sustentável”, associado à falta de consenso quanto ao respetivo conceito, pode implicar a perda de utilidade na orientação da elaboração de políticas e planos estratégicos, e na implementação de estratégias coerentes, admitindo-se o risco de se tornar irrelevante (135). Deste modo, a rápida consensualização da nomenclatura parece adequada, recomendando-se, contudo, no imediato e até lá, a clarificação do termo “sustentável” e afins sempre que se pretenda a sua operacionalização (135,136). No que respeita ao termo “sustentabilidade”, o debate da mesa-redonda do 5CNMT e a literatura consultada evidenciaram a falta de consensualização quanto à relação entre “desenvolvimento sustentável” e

“sustentabilidade”, recomendando, igualmente, a sua clarificação quando abordados. Alguns autores usam os dois termos como sinónimos, mas foi também, evidenciada uma utilização mais restrita de “sustentabilidade”, quando aplicada a dimensões específicas, como, por exemplo, o ambiente, o sistema de saúde, as finanças, entre outras; assim como uma interpretação diferente, considerando-o um termo mais adequado a um processo, em contraponto ao “desenvolvimento sustentável” referido como um produto: o estado final (135).

Clarificado o conceito do termo “sustentável” não ficou claro qual o melhor termo que, no idioma português, designe o planeamento que promove a seleção e implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável; no fundo, que estabeleça terminologicamente a ligação dos conceitos “planeamento” e “sustentável”, ou seja, que, por si só, enquanto termo, permita o entendimento claro que se refere a um processo de planeamento alinhado com o desenvolvimento sustentável. Um dos termos mais utilizado na mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT foi o de “planeamento sustentável”, inclusivamente na designação da mesa-redonda e no texto-resumo que foi previamente distribuído aos participantes (127). Contudo, não se identificou um padrão que sugira a sua consensualização, nem se detetou a sua tradução literal– *sustainable planning* – na literatura em língua inglesa consultada, onde surgiram antes termos como *planning for sustainable development* ou *sustainable development planning* (47,49,50,52,134).

Quando aplicado a um campo específico, identificou-se na literatura consultada a opção em fazer a ligação dos conceitos “planeamento” e “sustentável” de forma indireta, através da área alvo do planeamento. Nesse sentido, na área da saúde, observou-se a utilização do termo “planeamento em saúde sustentável” como designação do planeamento que promove a seleção e implementação de estratégias de saúde sustentável. Esta opção obriga, contudo, a uma definição de “saúde sustentável” coerente com o conceito do termo “sustentável” segundo a definição do Relatório Brundtland, o que não corresponde especificamente a um tema abordado diretamente nos estudos que integram esta investigação. É, todavia, um tema recorrente, na prática e na investigação em planeamento estratégico. O PNS 2030 adotou o termo “saúde sustentável”, definindo o seu conceito indiretamente, fazendo-o corresponder ao alcance do melhor nível de saúde e bem-estar da população num dado momento sem comprometer a saúde e bem-estar das gerações futuras, nem deixar ninguém para trás (69). Outras definições têm sido

divulgadas. Wanyenze et al (62) definem “saúde sustentável” como “área multisectorial para estudo, investigação e prática no sentido da melhoria da saúde e do bem-estar para todos, dentro dos limites do planeta”(62, p.1). De forma indireta, dos resultados desta investigação no âmbito da relação entre “planeamento em saúde” e “desenvolvimento sustentável”, poder-se-á dizer que a “saúde sustentável” será o resultado último da implementação dos produtos do planeamento estratégico em saúde enquadrado, integrado e alinhado com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e os princípios, valores e objetivos da Agenda 2030.

Permanece, contudo, a dúvida quanto ao termo mais adequado para designar o modelo e processo de planeamento em saúde nesse âmbito, lembrando a recomendação de proceder à sua especificação sempre que abordados.

Para efeitos desta investigação, decidiu-se utilizar o termo “planeamento em saúde sustentável”, que se definiu como o tipo de planeamento estratégico em saúde que promove a seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e os princípios, valores e objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, de base populacional, e que parte da saúde entendida simultaneamente como pré-condição e como resultado do desenvolvimento sustentável, visando, assim, estratégias de saúde que contribuem para o alcance do ODS 3 e, simultaneamente, de forma direta ou indireta, para o alcance da totalidade dos ODS (conceito definido na página 34, e no Glossário, página 151).

4.1.2. Abordagens participativas do planeamento em saúde e condições de implementação

De acordo com os resultados desta investigação, um modelo de planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável e a Agenda 2030 deverá privilegiar as abordagens participativas do planeamento, tanto na perspetiva da inclusão dos cidadãos e da sociedade civil, como da articulação intersectorial, sendo reconhecido que as abordagens participativas com foco particular na redução das iniquidades em saúde e na consecução da cobertura universal são as mais efetivas para o alcance de objetivos de saúde e bem-estar alinhados com os princípios do desenvolvimento da saúde sustentável (46,47,50).

A insistência na participação sistemática e precoce dos cidadãos e das comunidades locais nos processos de elaboração de planos de saúde e de implementação de estratégias

alinhadas com o desenvolvimento sustentável, foi uma constante no debate da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” e na documentação nacional e internacional consultada, admitindo-se que o mais amplo envolvimento das comunidades no planeamento é um dos principais fatores determinantes de alinhamento do planeamento com o desenvolvimento sustentável (15,45–47,49,50,52,64,141). Fatores metodológicos e fatores relacionados com o contexto organizacional foram outros determinantes salientados (64).

Foi particularmente valorizada a participação dos cidadãos na identificação de problemas e necessidades de saúde, na obtenção de consensos quanto às prioridades e objetivos, e na definição de planos de implementação e operacionalização das atividades a realizar.

A abordagem intersectorial, que envolva articuladamente e de forma organizada, a participação dos setores social, económico e ambiental, sejam de âmbito público, privado ou social, no processo de planeamento e o estabelecimento de compromissos desde a elaboração dos planos de saúde até à sua implementação, foi considerada garantia de equilíbrio das três dimensões do desenvolvimento sustentável nos processos e produtos de planeamento, em coerência com a indivisibilidade e integração dos ODS preconizada na Agenda 2030, e as parcerias, defendidas como um dos cinco pilares transversais da agenda mundial. Participantes na mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” e as fontes documentais consultadas mostraram-se concordantes quanto à relação direta ou indireta da saúde com a totalidade dos ODS, admitindo o papel transversal da saúde para o alcance do desenvolvimento sustentável, seja como pré-condição – a saúde como determinante do desenvolvimento -, como resultado - do próprio desenvolvimento -, ou como facilitador (46,103,143). Na mesma linha de pensamento, foi afirmado que o alcance de objetivos de saúde implica a implementação de ações intersectoriais e de governação para além do setor da saúde, a nível global, nacional e subnacional (46,47,50,142–144). Foi reconhecido o potencial da articulação intersectorial no combate à pobreza, na redução das iniquidades em saúde e na eficiente utilização dos recursos (7,46,47,50,138,142). Ainda no âmbito da articulação intersectorial, observaram-se, também, linhas de convergência entre as fontes de dados quanto à integração da perspectiva One Health nos referenciais de planeamento em saúde.

Foi, também, destacado, de forma convergente entre as fontes de dados utilizadas, que a escolha de uma abordagem intersectorial e integrativa é um dos maiores desafios da

prática em planejamento em saúde, tal como a participação efetiva dos cidadãos, implicando a sua capacitação progressiva (143).

A necessidade de refletir sobre as condições necessárias à implementação de estratégias sustentáveis foi um outro tema que emergiu do debate subjacente à mesa-redonda “Planeamento Sustentável” do 5CNMT, de forma convergente com o evidenciado na literatura consultada. Paz, justiça, distribuição de riqueza e equidade são valores considerados essenciais para a implementação de estratégias de saúde em sintonia com o modelo de desenvolvimento sustentável (15,102,139).

Outros fatores-chave identificados como relevantes para os processos de planejamento e implementação de estratégias sustentáveis passam pelo fortalecimento das instituições e dos sistemas de governação, bem como das bases de evidência e dos processos de monitorização e avaliação; e pelo desenvolvimento dos sistemas de financiamento e da ampla capacitação para o planejamento entendido como sustentável segundo o conceito sistematizado pelo Relatório Brundtland, ao nível dos governos centrais, das instituições subnacionais, do setor privado e da sociedade civil (47).

Outra proposta para a implementação efetiva de estratégias sustentáveis, em geral, e de saúde, em particular, que emergiu da literatura foi o estabelecimento de um contrato social aos níveis global, nacional e local, no qual a comunicação, participação e parceria ocupassem um lugar-chave, o que implicaria uma nova forma de olhar para os processos de planejamento e governação, exigindo o alinhamento e a interconexão entre os níveis nacional, regional e local, e a preferência por abordagens *multi stakeholders* e multidimensionais, que envolva os governos, a sociedade civil, o setor privado e os cidadãos (50). Pelo contrário, a ausência de comunicação, de alinhamento e de coerência entre níveis de planejamento foi considerada fator de bloqueio do planejamento ao nível nacional, impedindo a sua implementação ao nível comunitário (50).

A revisão da literatura efetuada em 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, e a releitura das mensagens da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde”, reforçaram a necessidade de modelos de planejamento que privilegiem a participação dos cidadãos, a mobilização social e a articulação intersectorial na resolução dos problemas de saúde, em geral e nas situações de emergência de saúde pública, em simultâneo com a tomada de consciência da insuficiência dos processos de planejamento de contingência dos países (143,147–149,152).

Diversos autores refletiram sobre a preparação manifestamente insuficiente para lidar com a nova pandemia e a incapacidade para aplicar decisões tomadas no rescaldo de epidemias anteriores. São de novo apontadas a fragilidade e falta de resiliência dos sistemas de saúde, a inadequação das capacidades previsionais e de resposta a emergências de saúde pública, e deficiências de comunicação estratégica e de governação na base das dificuldades sentidas na gestão da pandemia. A inadequação dos referenciais e abordagens metodológicas do planeamento em compreender e responder aos desafios da saúde global, é manifestada como fator responsável das insuficiências e fragilidades reconhecidas (149,151).

Da releitura das mensagens do debate, no âmbito dos desafios processuais que se colocam ao planeamento estratégico em saúde, destacam-se vários apelos, aplicáveis aos períodos interpandémicos e pandémicos, tais como: a análise dos contextos de risco nas diferentes fases do planeamento; a definição de prioridades e seleção de soluções realistas; a coerência entre recursos disponíveis e necessários para a implementação; e o reforço da capacitação dos profissionais que conduzem os processos, como garantia da qualidade técnico-científica (7,46,47,50). A atualização da revisão da literatura reforçou a necessidade de uma abordagem mais holística dos modelos de planeamento em saúde, que privilegie os ODS no respetivo quadro de referência, e que integre outros quadros conceituais, como o modelo One-Health ou a abordagem da *saúde em todas as políticas* (67,157–162).

Pese embora a complexidade dos desafios, diversos estudos descrevem a evolução positiva de modelos e metodologias do planeamento estratégico em saúde consistentes com o paradigma do desenvolvimento sustentável em vários países, designadamente pela integração sistemática da equidade em saúde e da ação intersectorial nos respetivos ciclos de planeamento (46,47). Em Portugal, foi aprovado em 2023 o primeiro plano nacional de saúde com foco explícito na saúde alinhada com os princípios e valores da Agenda 2030 e os ODS, que privilegiou um modelo de planeamento estratégico em saúde de base populacional, de natureza trans e multissectorial, e multinível (69). Priorizou, como elemento-chave, a Pessoa (individual ou coletiva), e integrou, em todas as etapas do processo, a participação e o compromisso. Promoveu a participação de elevado número de *stakeholders*, individuais e coletivos, abrangendo diversas entidades, públicas e privadas, do setor da saúde e externos à saúde, do nível nacional ao local, desde os

momentos mais precoces da sua elaboração. A fim de potenciar a implementação, apresenta recomendações específicas nesse sentido, elegendo como a de maior importância o estabelecimento de um contrato social, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde (69).

4.2. Instrumentos de apoio ao planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável

Foram identificadas linhas de convergência entre as fontes documentais consultadas quanto à necessidade do desenvolvimento de instrumentos facilitadores da adequação dos modelos e processos de planeamento estratégico em saúde ao paradigma do desenvolvimento sustentável, face à complexidade e dificuldades de operacionalização do próprio conceito e da própria Agenda 2030 (49,68).

Da literatura, ressaltaram vários instrumentos, tendo-se dado particular atenção, nesta investigação, ao modelo GAPFRAME de Muff et al (102,106), e à análise da materialidade (126,133,168,180,183), utilizados como material e método em dois dos Estudos Específicos realizados.

4.2.1. Referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde sustentável adaptado a Portugal

Debatida a problemática da nomenclatura e identificadas características processuais e metodológicas de um modelo de planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável, optou-se por selecionar um instrumento que pudesse apoiar a operacionalização do processo em Portugal. Da análise dos resultados da atualização da revisão da literatura efetuada em 2020, o modelo GAPFRAME (102) foi identificado como apropriado para adaptação à área da saúde e a Portugal, sendo, em seguida, avaliado quanto à sua consistência interna. O facto de ter sido criado com base num processo multietápico, que incluiu diversas consultas efetuadas a painéis de peritos de diversas áreas e de vários países, designadamente europeus, foi determinante na seleção do GAPFRAME como modelo de partida (102,106).

Originalmente, havia sido previsto efetuar a seleção e validação do referencial num mesmo momento, com recurso à técnica de grupo nominal, enquanto técnica de consenso, recorrendo a *stakeholders* do planeamento estratégico em Portugal. Contudo, o eclodir da pandemia de COVID-19 no início do trabalho de campo, perante as recomendações de

minimização dos contactos sociais em nome da contenção da epidemia, obrigou a rever os métodos inicialmente previstos e a tomar outras decisões quanto à recolha e análise de dados.

Deste modo, optou-se por adaptar o referencial de translação do GAPFRAME segundo critérios selecionados e aplicados pela equipa de investigação e de acordo com a sua análise crítica. Os critérios incluíram privilegiar a realidade portuguesa no que se refere às questões de saúde, designadamente os fatores determinantes de maior prevalência, em Portugal (175), e a informação científica à data atualizada quanto a questões de sustentabilidade na área da saúde. Apesar dos cuidados na escolha dos critérios de seleção e adaptação do referencial, é de admitir que a aplicação de outros métodos poderia ter contribuído para um produto final de validade superior (176,184).

O referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde sustentável adaptado a Portugal propõe a tradução dos 17 ODS em 32 questões de sustentabilidade distribuídas pelas quatro dimensões de sustentabilidade originais do GAPFRAME: Planeta, Sociedade, Economia e Governança.

4.2.2. Avaliação da consistência interna do referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde sustentável adaptado a Portugal, através do coeficiente alfa de Cronbach

Para a validação do referencial, optou-se por recorrer ao questionário como fonte de recolha de dados, tendo sido utilizado um questionário estruturado, de autopreenchimento e distribuído por via virtual, que foi aplicado aos *stakeholders* que, à data, integravam a Comissão de Acompanhamento do PNS 2030 em Portugal.

Perante as opções disponíveis para a recolha de dados, só foi possível validar a consistência interna do referencial. A avaliação da exatidão e da consistência externa não foram efetuadas, por impossibilidade, atendendo à pandemia de COVID-19, de aplicação dos métodos de recolha de dados que seriam adequados (176,184).

A opção pela Comissão de Acompanhamento do PNS 2030 como população em estudo, ficou a dever-se ao facto de conjugar simultaneamente duas vantagens: por um lado, por reunir na sua composição e à data *stakeholders* representantes das diversas partes interessadas na saúde e bem-estar, nos sistemas de saúde e nos processos de planeamento estratégico em saúde em Portugal, provenientes de todos os setores de atividade e de diversas áreas profissionais, internas e externas ao setor da saúde, de âmbito público ou

privado, e numa dimensão apreciável; por outro, por se tratar de um grupo já constituído e de fácil acesso por *via online*. Apesar da boa adesão ao preenchimento do questionário, é de salientar a baixa representação do setor ambiental e económico, comparativamente com o setor social, o que se considera uma limitação, bem como o elevado peso proporcional dos *stakeholders* da área da saúde. São potenciais limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. De entre as limitações da aplicação de questionários como fonte de dados, tentou-se minimizar a potencial baixa adesão ao seu preenchimento pela apresentação específica do instrumento em reunião prévia à sua aplicação, e, no seu decurso, através de lembretes, por mensagem eletrónica, da importância da participação de todos os intervenientes.

A consistência interna foi avaliada através da interpretação do coeficiente alfa de Cronbach. Embora questionado por alguns investigadores, continua a ser o método mais utilizado na avaliação da consistência interna de questionários e instrumentos semelhantes e considerado adequado na elevada maioria das situações (125,185,186).

De acordo com a avaliação da consistência interna do referencial de translação dos ODS adaptado a Portugal, as dimensões de sustentabilidade Sociedade e Economia apresentavam “alta” consistência interna e as dimensões Planeta e Governança uma “muito alta” consistência interna, sendo a da dimensão Planeta a mais elevada.

A análise das estatísticas de item-total mostrou que a exclusão da questão de sustentabilidade *fatores biológicos da Pessoa* aumentaria o coeficiente alfa de Cronbach da dimensão Sociedade, e a exclusão dos itens *emprego* e *inovação* teria um efeito semelhante na dimensão Economia, embora, em nenhum dos casos, implicasse a transição na escala de classificação da consistência interna para “muito alta”. Contudo, esta análise mostrou que as questões em causa foram percecionadas pelos *stakeholders* participantes como substancialmente menos relevantes enquanto potenciais determinantes da saúde e bem-estar, comparativamente com as demais questões de sustentabilidade da respetiva dimensão. São resultados inesperados, tanto numa dimensão, como noutra: na dimensão Sociedade, que representa o pilar Pessoa da Agenda 2030, pelo peso cientificamente indiscutível dos determinantes biológicos na causalidade da doença e morte prematura e evitável; na dimensão Economia (pilar Prosperidade), em relação à questão *emprego*, pelas consequências bem estudadas da sua relação com a saúde e bem-estar, seja positivamente, nas situações de emprego digno, seja negativamente, nas situações

inversas e de desemprego. Quanto à *inovação*, seria de esperar outra valorização nos tempos atuais, plenos de oportunidades de crescimento pela inovação e do seu potencial em contribuir para o entendimento e a ação face aos complexos modelos de inter-relações múltiplas entre os determinantes da saúde e bem-estar.

Apesar dos resultados da análise das estatísticas de item-total, optou-se por manter todos os itens inicialmente previstos no referencial, na medida em que, por um lado, atendendo às limitações metodológicas apontadas se advoga prudência na leitura destes resultados e se recomenda a sua verificação por replicação do estudo; e, por outro, pela elevado valor que, ainda assim, foram encontrados nos respetivos coeficientes alfa de Cronbach, correspondentes a uma “alta” consistência interna.

Pelo contrário, a exclusão de qualquer um dos itens das dimensões Planeta e Governança não teria como resultado alteração com significado nos valores dos respetivos coeficientes alfa de Cronbach, evidenciando uma maior homogeneidade na relevância atribuída às respetivas questões de sustentabilidade.

O resultado final apontou para a adequação do referencial de translação dos ODS em questões de elevada relevância para a saúde sustentável adaptado a Portugal nesta investigação a partir do modelo GAPFRAME, o qual apresentou uma consistência interna entre elevada a muito elevada nas respetivas dimensões, de acordo com a avaliação através do coeficiente alfa de Cronbach.

4.3. Questões de sustentabilidade e planeamento estratégico em saúde

Na sequência da investigação, o passo seguinte foi explorar a aplicação do referencial adaptado a Portugal na ordenação das respetivas questões de sustentabilidade por relevância percecionada pelos *stakeholders*, que se distribuíram numa primeira fase, por duas subpopulações: uma da área da saúde, e outra das outras áreas sociais e setores externos à saúde, a qual se subdividiu, numa segunda fase, em: *stakeholders* de outras áreas sociais, e *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico. A comparação da priorização por relevância entre as subpopulações foi efetuada através de um estudo da materialidade, tendo-se escolhido como técnica analítica preferencial a análise da materialidade, frequentemente utilizada na priorização de tópicos de sustentabilidade nas empresas (126,133), mas, de acordo com o resultado das revisões da literatura efetuadas nesta investigação, pouco usada na saúde. O estudo *Aspectos relevantes para el diseño de planes de salud sostenibles orientados a los grupos de interés. Una propuesta basada*

en la guía ISO 26000:2010, de Santiago e Lirio (170) foi o único estudo encontrado que utilizou a análise da materialidade aplicada ao planeamento estratégico em saúde. Os seus resultados não são, contudo, passíveis de comparação direta com os resultados do EE3, seja pelo facto de ter sido usado um referencial substancialmente diferente do GAPFRAME (foi utilizada a norma ISO 26000:2010, que agrega tópicos exclusivamente da área da responsabilidade social), seja por não ter sido efetuada a análise através de matrizes da materialidade (170).

No estudo da materialidade desta investigação, as perceções dos *stakeholders* quanto ao grau de importância das 32 questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde sustentável em Portugal foram estimadas a partir das pontuações atribuídas a cada questão enquanto determinante (nas dimensões Sociedade, Economia e Planeta) ou facilitador (na dimensão Governação) do alcance de saúde e bem-estar. A medição foi efetuada através de uma escala tipo Likert de 10 pontos (1 - sem importância; 10 - muito importante).

Tendo-se utilizado os dados recolhidos através do questionário utilizado na avaliação da consistência interna e a mesma população em estudo, aplicam-se, na discussão metodológica do EE3, parte das considerações tecidas no capítulo 4.2.2. (páginas 125 a 127). A população respondente foi a mesma excetuando um elemento, que não cumpria a totalidade dos critérios de inclusão. Os resultados devem ser lidos com prudência, principalmente na análise isolada da subpopulação dos setores ambiental e, ou económico, devido à sua reduzida dimensão.

Numa análise inicial, olhando para a totalidade da população respondente, observou-se que o intervalo das pontuações médias atribuídas por questão de sustentabilidade assumiu valores mais baixos na dimensão Economia (mas não inferiores a 7,5) e mais elevados nas dimensões Sociedade (onde se observou a média mais elevada, que foi 9,0) e Governação, sendo intermédios na dimensão Planeta.

Por subpopulação, observou-se pontuações médias globalmente mais elevadas na subpopulação de *stakeholders* da área da saúde e mais baixas na dos *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico.

A questão de sustentabilidade percecionada como de maior relevância pelos *stakeholders* da área da saúde foi *organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados* (dimensão Sociedade), tendo sido, igualmente, a de maior relevância percecionada nos

outros três subgrupos em análise. Estes resultados são consistentes com os resultados de outros estudos, designadamente do estudo de identificação das necessidades de saúde sentidas ou percecionadas realizado no contexto da elaboração do PNS 2030. Neste estudo, foram priorizados os determinantes da saúde relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, designadamente no âmbito da acessibilidade (tanto aos cuidados de saúde como a medicamentos), da cobertura universal e do financiamento (69).

A questão de sustentabilidade de menor relevância relativa, nas 32 questões em análise, foi *finanças públicas* segundo a perceção dos *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico, embora também fragilmente pontuado pelos outros subgrupos, o que é inconsistente com os resultados do estudo de identificação de necessidades, acima mencionado (69). Segundo os *stakeholders* do PNS 2030, o financiamento deve ser priorizado como um dos principais determinantes da saúde (69).

De entre outros resultados não esperados ou particularmente desafiantes para a saúde, em geral, e o planeamento estratégico em saúde, em particular e em Portugal, destacam-se: a baixa pontuação relativa atribuída à questão *educação* e a muito baixa pontuação atribuída às questões *consumo sustentável*, *produção sustentável* e *afetação de recursos*, por todas as subpopulações estudadas; e a frágil pontuação atribuída à questão *equidade* e baixa pontuação atribuída a *parcerias* pelos *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde.

4.3.1. Análise da materialidade

A análise da materialidade foi selecionada por se tratar de uma técnica analítica recomendada para priorizar questões e tópicos suficientemente importantes para que sejam abordados nos planos estratégicos de um determinado contexto ou setor de atividade (126). Por outro lado, requer a mobilização de diferentes atores, provenientes de diversos setores, no sentido da recolha das respetivas perceções sobre a importância relativa de questões ambientais, económicas, sociais e de governação, sendo a principal técnica analítica do estudo da materialidade (126,133).

Foram globalmente seguidas as diretrizes da GRI, consideradas as mais desenvolvidas para a realização da análise da materialidade centrada na sustentabilidade (180).

As matrizes de materialidade evidenciam que as 32 questões de sustentabilidade foram percecionadas como de elevada relevância pelos *stakeholders* da área da saúde e o

conjunto dos *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde. Contudo, a comparação das matrizes construídas com as subpopulações que resultam da desagregação do conjunto dos *stakeholders* das áreas e setores externos à saúde em *stakeholders* das áreas sociais externas à saúde e *stakeholders* dos setores ambiental e, ou económico evidencia que a questão de sustentabilidade *finanças públicas* foi percecionada como altamente relevante pelas subpopulações do setor social mas de baixa relevância pela subpopulação dos setores ambiental e, ou económico. As questões de sustentabilidade *parcerias internacionais, parcerias entre comunidades e educação*, embora posicionadas no quadrante da matriz de elevada relevância para os dois subgrupos em análise, estão mais distante do conjunto que representa todas as outras questões sugerindo uma menor relevância relativa que poderá vir a ter significado.

Apesar da prudência que advém das limitações apontadas, os resultados evidenciados pelas matrizes da materialidade podem alertar para a presença de um caminho a percorrer pelas várias entidades representadas na população que foi estudada, no sentido da sua aproximação quanto à resolução de questões relevantes para a saúde em Portugal. O caminho para a saúde sustentável exige a implementação de estratégias intersectoriais, o que incrementa a necessidade em dar continuidade a este estudo, para confirmação, aprofundamento e a melhor compreensão das diferenças identificadas.

Como resultados adicionais do estudo da materialidade, salienta-se que o modelo GAPFRAME ajustado e validado para o contexto nacional parece ser um referencial adequado à aplicação da análise da materialidade ao planeamento em saúde, admitindo-se, por seu lado, que a análise da materialidade possa ter utilidade instrumental relevante na priorização de questões de sustentabilidade com interesse no planeamento sustentável aplicado à saúde; por outro lado, a análise da materialidade apresentou um potencial interessante na mobilização dos vários setores da sociedade.

4.4. Exequibilidade do planeamento em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável

As questões da exequibilidade do planeamento estratégico em saúde alinhado com o desenvolvimento sustentável foram abordadas direta e indiretamente, no debate da mesa-redonda “Planeamento Sustentável em Saúde” do 5CNMT e na literatura enquadradora analisada (7,46,47,50).

Ao nível subnacional, observou-se uma elevada adesão dos profissionais de saúde pública dos serviços operativos de saúde à data constituídos, à participação no estudo de exequibilidade incluído nesta investigação, assim como da disponibilidade em participar em estudos futuros. Do ponto de vista da formação profissional, elevada percentagem referiu ter formação específica em planeamento em saúde, assim como experiência profissional neste âmbito, incluindo os profissionais de idades mais jovens.

Estes resultados parecem promissores quanto à exequibilidade da evolução da *prática* em planeamento em saúde ao nível subnacional para um modelo alinhado com o desenvolvimento sustentável. A aceitabilidade do processo, seja pelos profissionais, parceiros sociais ou a população, foi percecionada como positiva pela quase totalidade dos profissionais respondentes, o que pode considerar-se na mesma linha de evolução.

Contudo, outros resultados foram menos promissores, sendo, no geral, desfavoráveis no que se refere à perceção quanto à capacitação dos profissionais de saúde para a execução das atividades de planeamento requeridas e dos serviços em termos de instrumentos de apoio; e quanto aos recursos mínimos exigidos, designadamente em termos de tempo dedicado, recursos humanos e financeiros. O resultado global é de uma exequibilidade média, abrindo caminhos para a sua melhoria, pela melhoria da capacitação, o fortalecimento dos recursos e a atribuição adequada de tempo dedicado à prática em planeamento estratégico em saúde.

4.5. Conclusões

Nesta tese identificamos linhas de evidência convergentes que, com base em: modelos anteriores de planeamento em saúde; uma compreensão emergente do conceito de saúde sustentável; mobilização e adaptação de quadros conceituais (GAPFRAME) e metodológicos (análise da materialidade); e vários “diálogos” com grupos diversos de *stakeholders*, nos permitem concluir que com desenvolvimentos metodológicos como os que propomos, o planeamento em saúde adaptado à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é aceitável, exequível e desejável para garantir o contributo do setor da saúde para a consecução dessa Agenda.

5. Referências bibliográficas

1. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
2. Imperatóri E, Giraldes MR. Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993. (Obras Avulsas 2.Oa).
3. Durán H. Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; 1989.
4. Green A, Collins C, Hagos B, Gebreselassie S, Stefanini A, Craveiro I, et al. Strategic health planning: Guidelines for developing countries. Leeds: Nuffield Institute for Health, University of Leeds; 2002.
5. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. 688 p.
6. Ferrinho P, Simões J, Miguel JP, Beja A, Cortes M, Hartz Z. Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho—um percurso em construção. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. 2013;12:76–90.
7. Crisp N. Health planning – a global perspective. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2017;16(Supl. 1):9–15.
8. Robbins SP, Coulter MK. Management. 11th ed. Boston (USA): Prentice Hall; 2012. 643 p.
9. DuBrin AJ. Essentials of Management. 9th edition. Mason (USA): South Western-Cengage learning; 2010.
10. Cambournac F. Planificação em saúde pública: conceito, importância, objetivos. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. 1970;CXXXIV(6–7):415–33.
11. Simões J. Planeamento em saúde: da investigação à decisão política, na Europa, nas Américas e em África. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2017;16(Supl. 1):7–8.
12. Simões J, Ferrinho P. Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2017;16(Supl. 1):17–23.
13. Schmets G, Kadandale S, Porignon D, Rajan D. Introduction. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 1–34.
14. World Commission on Environment and Development. Report of World Commission on Environment and Development: Our Common Future, From One Earth to One World [Internet]. 1987 Apr p. 300. Available from: <http://undocuments.net/our-common-future.pdf>

15. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. United Nations; 2015 [cited 2020 Dec 2]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
16. United Nations Headquarters (UNH). Sustainable Development: From Brundtland to Rio 2012. New York (USA): UNH; 2010.
17. Ferrinho P, Guerreiro CS, Portugal R. Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2015;14:71–84.
18. World Health Organization (WHO). World Health Organization Health Systems Strengthening Glossary [Internet]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>
19. Rohrer K. Strategizing for health at sub-national level. In: Schmetts G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook*. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 541–95.
20. World Health Organization (WHO). A Framework for National Health Policies, Strategies and Plans [Internet]. WHO; 2010. Available from: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/NHStrategies_WHOconsultation.pdf
21. Terwindt F, Rajan D. Strategic planning: transforming priorities into plans. In: Schmetts G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: World Health Organization; 2016. p. 235–91.
22. Pineault R. Comprendre le système de santé pour mieux le gérer [Internet]. *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2012. 196 p. (Paramètres). Available from: <https://books.openedition.org/pum/6040>
23. Tomm-Bonde L, Schreiber RS, Allan DE, MacDonald M, Pauly B, Hancock T. Fading vision: knowledge translation in the implementation of a public health policy intervention. *Implement Sci*. 2013 Jun 4;8(1):59.
24. Hartz Z. Glossário de avaliação. Localizado em: Documentação da unidade curricular de Avaliação em Saúde, do Curso de Especialização em Saúde Pública, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2016.
25. Hartz Z, Ferrinho P de LGM. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: *A Nova Saúde Pública - A Saúde Pública da Era do Conhecimento* [Internet]. Lisboa, Portugal: Gradiva; 2011. p. 58–79. Available from: <https://www.gradiva.pt/catalogo/14796/a-nova-saude-publica>
26. Contandriopoulos AP. Avaliar a avaliação. In: *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro, Brasil: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); 2011. p. 263–72.

27. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 Sep;11(3):705–11.
28. Contandriopoulos AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad Saúde Pública*. 1999 Apr;15(2):253–6.
29. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos AP, Tanon A. Utilizar a avaliação. In: *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro, Brasil: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); 2011. p. 241–61.
30. Guo J, Augier M. Muddling-Through Theory. In: Augier M, Teece DJ, editors. *The Palgrave Encyclopedia of Strategic Management* [Internet]. London: Palgrave Macmillan UK; 2016. p. 1–4. Available from: https://doi.org/10.1057/978-1-349-94848-2_498-1
31. Davoudi S. Planning as practice of knowing. *Plan Theory*. 2015 Aug;14(3):316–31.
32. World Health Organization. Regional Office for Europe (WHO-Europe). *Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe: promoting health and well-being now and for future generations* [Internet]. Geneva, CH: WHO-Europe; 2012. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/340447>
33. World Health Organization. Regional Office for Europe (WHO-Europe). *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century* [Internet]. Copenhagen (DK): WHO-Europe; 2013. 182 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/326386>
34. Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. *Core Competencies for Public Health Professionals - October 21, 2021 Revision* [Internet]. The Public Health Foundation; 2021. Available from: https://www.phf.org/resourcestools/pages/core_public_health_competencies.aspx
35. Comunidade Europeia. União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS). *Competências dos médicos especialistas em saúde pública - versão de 2001*. Bruxelas: UEMS; 2002.
36. Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). *Training Requirements for the Specialty of Public Health* [Internet]. UEMS; 2019. Available from: https://drive.google.com/file/d/1cnCAM7U08OmxB6TWtTkpj8rudvzdXkzM/view?usp=drive_link&usp=embed_facebook
37. Ordem dos Médicos. Direção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública. *Competências Essenciais ao Exercício do Médico Especialista em Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2013.
38. Potvin L, Bisset S. There is more to Methodology than Method. In: Potvin L, MacQueen DV, Hall M, Salazar L, Anderson LM, Hartz Z, editors. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research* [Internet]. New York (USA): Springer; 2009. p. 63–80. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-79733-5>

39. Ferrinho P. Introdução à Saúde Pública - Introdução à unidade curricular. Localizado em: Documentação da unidade curricular de Introdução à Saúde Pública do Curso de Especialização em Saúde Pública do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2016.
40. Du Pisani Professor of History JA. Sustainable development – historical roots of the concept. *Environ Sci.* 2006 Jun;3(2):83–96.
41. Meadows D, Randers J, Meadows D, Behrens III WW. *The Limits to Growth. A Report for THE CLUB OF ROME’S Project on the Predicament of Mankind* [Internet]. New York (USA): Universe Books; 1972. Available from: <https://www.clubofrome.org/publication/the-limits-to-growth/>
42. United Nations. Report of the United Nations Conference on Human Environment Stockholm, Sweden, 5 to 16 June 1972-Stockholm Declaration on the Human Environment & Action Plan for the Human Environment [Internet]. Stockholm (Sweden): United Nations Publication; 1972. Report No.: A/CONF.48/14/Rev-1. Available from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n17/300/05/pdf/n1730005.pdf>
43. United Nations. United Nations Conference on Environment & Development Rio de Janeiro, Brazil, 3 to 14 June 1992—Rio Declaration on Environment and Development [Internet]. Rio de Janeiro (Brazil); 1992 p. 5. Report No.: A_CONF.151_26_Vol.I. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_CONF.151_26_Vol.I_Declaration.pdf
44. United Nations. United Nations Conference on Environment & Development Rio de Janeiro, Brazil, 3 to 14 June 1992 - AGENDA 21 [Internet]. United Nations; 1992. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Agenda21.pdf>
45. United Nations. Report of the United Nations Conference on Sustainable Development Rio de Janeiro, Brazil 20-22 June 2012 [Internet]. Rio de Janeiro (Brazil); 2012. Report No.: A/CONF.216/16. Available from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n12/461/64/pdf/n1246164.pdf>
46. Blas E, Roebbel N, Rajan D, Valentine NV. Intersectoral planning for health and health equity. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. p. 597–639.
47. Partnership for Action on Green Economy (PAGE). *Integrated Planning and Sustainable Development: Challenges and Opportunities - Synthesis Report* [Internet]. 2016. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/-integrated-planning-and-sustainable-development-challenges-and-.html>

48. von Schirnding Y. Health in sustainable development planning: the role of indicators [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67391>
49. Berke P, Conroy M. Are We Planning for Sustainable Development? An Evaluation of 30 Comprehensive Plans. *J Am Plann Assoc.* 2000 Mar 31;66:21–33.
50. United Nations. Report of the Capacity Building Workshop and Expert Group Meeting on Integrated Approaches to Sustainable Development Planning and Implementation [Internet]. New York (USA); 2015 Jul. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=111&nr=8506&menu=35>
51. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Better Policies for Sustainable Development 2016: A New Framework for Policy Coherence [Internet]. OECD; 2016. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/development/better-policies-for-sustainable-development-2016_9789264256996-en
52. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Strategies for sustainable development: guidance for development co-operation; [international development]. Paris: OECD; 2001. 75 p. (The DAC guidelines).
53. B Sabri. Health and development. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* 2000 Jul;6(4):758–65.
54. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350161>
55. Le-Blanc D. Towards integration at last? The sustainable development goals as a network of targets. United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2015.
56. Pencheon D, Roschnik S, Cosford P. Health, sustainability, and climate change. In: Kawachi I, Lang I, Ricciardi W, editors. *Oxford Handbook of Public Health Practice* [Internet]. Oxford (UK): Oxford University Press; 2020. Available from: <https://doi.org/10.1093/med/9780198800125.003.0035>
57. World Health Organization (WHO). Health in the context of sustainable development [Internet]. WHO; 2002. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/67414>
58. Sustainable Development Solutions Network (SDSN). Health in the Framework of Sustainable Development. Technical Report for the Post-2015 Development Agenda [Internet]. SDSN; 2014. Available from: <https://files.unsdsn.org/Health-For-All-Report.pdf>

59. Corbin JH, Abdelaziz FB, Sørensen K, Kökény M, Krech R. Wellbeing as a policy framework for health promotion and sustainable development. *Health Promot Int.* 2021 Dec 12;36(Suppl 1):i64–9.
60. Seke K, Petrovic N, Jeremic V, Vukmirovic J, Kilibarda B, Martic M. Sustainable development and public health: rating European countries. *BMC Public Health.* 2013 Jan 28;13:77.
61. Dyakova M, Hamelmann C, Bellis MA, Besnier E, Grey CNB, Ashton K, et al. Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2017. (WHO Health Evidence Network Synthesis Reports). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK453553/>
62. Wanyenze RK, Alfvén T, Ndejjo R, Viberg N, Båge K, Batte C, et al. Sustainable health—a call to action. *BMC Glob Public Health.* 2023 Aug 3;1(1):3.
63. World Health Organization (WHO). World Summit on Sustainable Development: Key Outcomes, Challenges and Opportunities for Health and Sustainable Development [Internet]. WHO; 2003. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42786/9241590955.pdf;jsessionid=1>
64. Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res Pract.* 1998 Mar;13(1):87–108.
65. Kjosev S, Eftimov L. Sustainable Development Planning – The Case of Macedonia. *MEST J.* 2015 Jan 15;3:185–94.
66. England National Health Service (England NHS). Sustainable, resilient, healthy people & places: a sustainable development strategy for the NHS, Public Health and social care system [Internet]. England NHS; 2014. Available from: <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/whats-already-happening/sustainable-development-unit-archive/>
67. Lapão MC. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável no pós-COVID 19. Exemplos para a CPLP. In: Barros F, Hartz Z, Fortes F, Ferrinho P, editors. *O enfrentamento da COVID-19 nos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP: primeiro impacto* [Internet]. 1ª. Brasília, Brasil: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS; 2020. p. 140–68. (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS; vol. 5). Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-enfrentamento-da-covid-19-nos-paises-da-comunidade-dos-paises-de-lingua-portuguesa-cplp/>
68. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The Sustainable Development Goals as a framework for COVID-19 recovery in cities and regions. *OECD Regional Development Papers* [Internet]. 2022; Available from:

- https://www.oecd.org/en/publications/the-sustainable-development-goals-as-a-framework-for-covid-19-recovery-in-cities-and-regions_6d25b59b-en.html
69. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s [Internet]. DGS; 2022. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
70. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 4834/2021, de 13 de maio [Internet]. Diário da República n.º 93/2021, Série II de 2021-05-13 p. 155. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4834-2021-163269325>
71. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto [Internet]. Diário da República n.º 158/2023, Série I de 2023-08-16, p. 72–126. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>
72. Sena C, Ferrinho P, Miguel JP. Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. *Rev Port Saúde Pública*. 2006;24(1):5–19.
73. Portugal. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 4429/2018, de 7 de maio [Internet]. Diário da República n.º 87/2018, Série II de 2018-05-07 p. 12663–4. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4429-2018-115226316>
74. Craveiro I, Ferrinho P. Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Rev Port Saúde Pública*. 2001;19(2):27–37.
75. Portugal. Ministério da Saúde. Saúde um compromisso: uma estratégia para o virar do século 1998-2002. Ministério da Saúde. Lisboa; 1999.
76. Portugal. Ministério da Saúde. Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002. Orientações para 1998. Ministério da Saúde. Lisboa; 1998.
77. Brissos MA. O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Rev Port Saúde Pública*. 2004 Jan;22(1):43–55.
78. Portugal. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (ACS). Estratégias de Saúde em Portugal - O Plano Nacional de Saúde 2004-2010. ACS; 2009.
79. World Health Organization. Regional Office for Europe (WHO-Europe). WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010) [Internet]. WHO-Europe; 2010. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2011/01/avaext.pdf>
80. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Mar;22(3):701–12.

81. Felício MM, Machado V, Garcia AC, Teixeira C. Planos Locais de Saúde: da administração dos serviços, à administração da saúde. Poster presented at: I Workshop sobre Inovação em Cuidados de Saúde Primários; 2015 Sep 21; Lisboa.
82. Felício MM, Machado V, Garcia AC, Teixeira C. Planos Locais de Saúde: da administração dos serviços, à administração da saúde. Comunicação oral presented at: Concurso ao Prémio Inovação em Cuidados de Saúde Primários; 2015 Sep 21; Lisboa.
83. Portugal. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (ACS). Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Relatório síntese de contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Anexos [Internet]. Lisboa, Portugal: ACS; 2010. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2010/10/relsin-a1.pdf>
84. Ramos V, Barbosa P. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários (documento de trabalho) [Internet]. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde; 2014. Available from: https://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_5_CSP.pdf
85. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Equipa Técnica do Plano Nacional de Saúde. Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais e Locais. Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde [Internet]. DGS; 2015. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2015/12/ResenhaPlanosSa%C3%BAdeNacionalRegionaisLocais1.pdf>
86. Biscaia A, Luz Pereira A, Cardeira R, Cavada Fehn A. O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2016/2017 / The current moment of Primary Health Care Reform in Portugal 2016/2017. Aveiro: Unidades de Saúde Familiar - Associação Nacional (USF-AN); 2017 May.
87. Miguel JP, Almeida G. Roteiro de intervenção em avaliação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 : um contributo técnico. Plano Nac Saúde 2012-2016 [Internet]. 2014 Nov; Available from: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/15364>
88. Cortes M. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. Sociol Probl E Práticas. 2016 Jan 1;(80):117–43.
89. World Health Organization. Regional Office for Europe (WHO-Europe). The Portuguese National Health Plan. Interim Report on the National Health Plan: Revision and Extension to 2020 (The NHP-Revision) Comments from WHO Europe [Internet]. Copenhagen (DK): WHO-Europe; 2015. Available from: https://pns.dgs.pt/files/2015/07/2015_OMS_Interim-Report-on-the-National-Health-Plan_revision-and-extension-to.pdf
90. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Internet]. DGS; 2013. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>

91. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 [Internet]. DGS; 2015. Available from: <https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
92. Portugal R, Nunes AB, Andrade C. Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Desenvolver os Planos Locais de Saúde Reforçar o Plano Nacional de Saúde [Internet]. Direção-Geral da Saúde; 2017. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>
93. Portugal. Ministério da Saúde. CT da E e do P. Termos de referência para o processo de construção e implementação do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 [Internet]. 2019. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/pns-passo-a-passo/>
94. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Despacho de constituição da estrutura responsável pelo processo de elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 [Internet]. 012/2021 Jul 19, 2019. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/pns-passo-a-passo/>
95. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). Global Sustainable Development Report 2019: The Future is Now – Science for Achieving Sustainable Development. UNDESA; 2019.
96. The SDGs in time of crisis: A sustainable, inclusive and resilient recovery from COVID-19 as an opportunity to realize the SDGs (Secretariat Background Note) [Internet]. United Nations; 2021. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/28042BN_HLPPF2021_Time_of_Crisis.pdf
97. United Nations. Progress towards the Sustainable Development Goals: towards a rescue plan for people and planet Report of the Secretary-General (special edition). 2023 Apr. Report No.: A/78/80-E/2023/64.
98. United Nations. UN Research Roadmap for the COVID-19 Recovery. United Nations; 2020.
99. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*. 1994 Dec;9(4):353–70.
100. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan*. 2008 Sep;23(5):308–17.
101. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Reprinted. Maidenhead: Open Univ. Press; 2009. 206 p. (Understanding public health).
102. Muff K, Kapalka A, Dyllick T. The Gap Frame - Translating the SDGs into relevant national grand challenges for strategic business opportunities. *Int J Manag Educ*. 2017 Jul 1;15(2, Part B):363–83.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

103. Nunes AR, Lee K, O’Riordan T. The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: the example of health and well-being. *BMJ Glob Health*. 2016 Nov;1(3):e000068.
104. Costanza R, Daly L, Fioramonti L, Giovannini E, Kubiszewski I, Mortensen LF, et al. Modelling and measuring sustainable wellbeing in connection with the UN Sustainable Development Goals. *Ecol Econ*. 2016 Oct 1;130:350–5.
105. Ferrinho H. Towards a theory of community development: its relationship with extension, co-operatives, social work, community health, and other supportive services. Cape Town: Juta; 1980. 125 p.
106. Muff K, Kapalka A, Dyllick T. Moving the world into a safe space—the GAPFRAME methodology. *Int J Manag Educ*. 2018 Nov 1;16(3):349–69.
107. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res*. 2007 Apr;1(2):112–33.
108. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. 4th ed. SAGE; 2009. 241 p.
109. Creswell JW. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* [Internet]. 3rd edition. California, USA: Sage Publications, Inc; 2009. Available from: https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
110. Isaacs A. An overview of qualitative research methodology for public health researchers. *Int J Med Public Health*. 2014;4(4):318.
111. Stickley T, O’Caithain A, Homer C. The value of qualitative methods to public health research, policy and practice. *Perspect Public Health*. 2022 Jul;142(4):237–40.
112. O’Brien GL, Sinnott SJ, Walshe V, Mulcahy M, Byrne S. Health policy triangle framework: Narrative review of the recent literature. *Health Policy OPEN*. 2020 Oct 6;1:100016.
113. Baxter P, Jack S. *Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers*. *Qual Rep*. 2008 Dec 1;13(4):544–59.
114. Gilson L. The case-study approach. In: Gilson L, editor. *Health policy and systems research : a methodology reader / edited by Lucy Gilson* [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2012. p. 161–5. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44803>
115. Schramm W. *Notes on Case Studies of Instructional Media Projects* [Internet]. California, USA: Stanford Univ., CA. Inst. for Communication Research.; 1971 Dec. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED092145>

116. Thomas G. How to do your case study [Internet]. California, USA: SAGE; 2011. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/How-to-do-your-case-study-%3A-a-guide-for-students-Thomas/8bcfcd85a4f882c4173f73c4faba92c67371b7bd>
117. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1998. xv, 403 p. (Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions).
118. Yin RK. 3-YIN-desenho e metodo_Pesquisa Estudo de Caso.pdf [Internet]. 2nd ed. 1994. Available from: http://maratavarepsictics.pbworks.com/w/file/fetch/74440967/3-YIN-desenho%20e%20metodo_Pesquisa%20Estudo%20de%20Caso.pdf
119. Crowe S, Cresswell K, Robertson A, Huby G, Avery A, Sheikh A. The case study approach. *BMC Med Res Methodol*. 2011 Jun 27;11:100.
120. Robson C. How to do a Research Project: A Guide for Undergraduate Students [Internet]. New York (USA): Wiley-Blackwell; 2007. 176 p. Available from: <https://www.blackwellpublishing.com/researchproject/>
121. Thorne S. Data Analysis in Qualitative Research. *Evid Based Nurs*. 2000 Jul 1;3:68–70.
122. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro [Internet]. *Diário da República n.º 249/2011, Série I de 2011-12-29* p. 5491–8. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/124-2011-145186>
123. Quivy R, van Campenhoudt L. Manual de investigação em ciências sociais [Internet]. 4ª edição. Lisboa, Portugal: Gradiva; 2005. 282 p. (Trajectos). Available from: <https://tecnologiamidiaeinteracao.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/09/quivy-manual-investigacao-novo.pdf>
124. Bowen G. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qual Res J*. 2009 Aug 3;9:27–40.
125. Freitas A, Rodrigues S. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In Bauru, BR; 2005. Available from: https://www.researchgate.net/publication/236036099_A_avaliacao_da_confiabilidade_de_questionarios_uma_analise_utilizando_o_coeficiente_alfa_de_Cronbach/link/02e7e515eef51d4bf000000/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
126. Global Reporting Initiative (GRI). GRI Sustainability Reporting Guidelines - reporting principles and standard disclosures [Internet]. GRI; 2013. Available from: <https://respect.international/wp-content/uploads/2017/10/G4-Sustainability-Reporting-Guidelines-Implementation-Manual-GRI-2013.pdf>

127. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. 5º Congresso Nacional de Medicina Tropical: Políticas e Serviços de Saúde - Mesas Redondas [Internet]. 2019. Available from: <http://5cnmt.admeus.pt/?page=45>
128. Jorgensen DL. Participant Observation. In: *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 1–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118900772.etrds0247>
129. Conrad P. Health Research, Qualitative. In: Smelser NJ, Baltes PB, editors. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* [Internet]. Oxford: Pergamon; 2001. p. 6608–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767039048>
130. Pais-Ribeiro J. Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicol Saúde Doenças*. 2014 Nov 19;15:671–82.
131. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007 Jun;20:v–vi.
132. Green B, Johnson C, Adams A. Writing Narrative Literature Reviews for Peer-Reviewed Journals: Secrets of the Trade. *J Chiropr Med*. 2006 Feb 1;5:101–17.
133. Global Reporting Initiative (GRI). *Defining What Matters: Do companies and investors agree on what is material?* [Internet]. GRI; 2016. Available from: <https://www.comunicarseweb.com/sites/default/files/gri-definingmateriality2016.pdf>
134. Conroy MM, Berke PR. What Makes a Good Sustainable Development Plan? An Analysis of Factors That Influence Principles of Sustainable Development. *Environ Plan Econ Space*. 2004 Aug 1;36(8):1381–96.
135. Holden E, Linnerud K, Banister D. Sustainable development: Our Common Future revisited. *Glob Environ Change*. 2014 May 1;26:130–9.
136. Purvis B, Mao Y, Robinson D. Three pillars of sustainability: in search of conceptual origins. *Sustain Sci*. 2019 May 1;14(3):681–95.
137. Johnston P, Everard M, Santillo D, Robèrt KH. Reclaiming the Definition of Sustainability. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2007 Feb 1;14:60–6.
138. Meadowcroft J. Who is in Charge here? Governance for Sustainable Development in a Complex World. *J Environ Policy Plan - J Env POL PLAN*. 2007 Sep 1;9:299–314.
139. Rabinowitz PM, Pappaioanou M, Bardosh KL, Conti L. A planetary vision for one health. *BMJ Glob Health*. 2018;3(5):e001137.
140. Lozano R. Envisioning sustainability three-dimensionally. *J Clean Prod*. 2008 Nov 1;16(17):1838–46.

141. Sarriot EG, Winch PJ, Ryan LJ, Bowie J, Kouletio M, Swedberg E, et al. A methodological approach and framework for sustainability assessment in NGO-implemented primary health care programs. *Int J Health Plann Manage.* 2004;19(1):23–41.
142. World Health Organization Regional Office for Europe. Health and Sustainable Development: Addressing the Issues and Challenges - WHO Background Paper prepared for the World Summit on Sustainable Development [Internet]. Johannesburg, South Africa: World Health Organization; 2002. 26 p. Available from: https://www.who.int/mediacentre/events/HSD_Plaq_02.12.pdf?ua=1
143. Smith J, Buse K, Gordon C. Civil society: the catalyst for ensuring health in the age of sustainable development. *Glob Health.* 2016 Jul 16;12(1):40.
144. von Schirnding Y. Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet Lond Engl.* 2002 Aug 24;360(9333):632–7.
145. Queenan K, Garnier J, Nielsen L, Buttigieg S (Alexandra), De Meneghi D, Holmberg M, et al. Roadmap to a One Health Agenda 2030. *CAB Rev Perspect Agric Vet Sci Nutr Nat Resour.* 2017 May 24;12.
146. Crisp N, Stuckler D, Horton R, Adebawale V, Bailey S, Baker M, et al. Manifesto for a healthy and health-creating society. *Lancet Lond Engl.* 2016 Dec 10;388(10062):e24–7.
147. Wilkinson A, Parker M, Martineau F, Leach M. Engaging ‘communities’: anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2017 May 26;372(1721):20160305.
148. Lal A, Ashworth HC, Dada S, Hoemeke L, Tambo E. Optimizing Pandemic Preparedness and Response Through Health Information Systems: Lessons Learned From Ebola to COVID-19. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020;16(1):1–8.
149. Forman R, Atun R, McKee M, Mossialos E. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy.* 2020 Jun 1;124(6):577–80.
150. Smith MJ, Upshur REG. Learning Lessons from COVID-19 Requires Recognizing Moral Failures. *J Bioethical Inq.* 2020 Dec 1;17(4):563–6.
151. Liu HY, Lauta K, Maas M. Apocalypse Now? Initial Lessons from the Covid-19 Pandemic for the Governance of Existential and Global Catastrophic Risks. *J Int Humanit Leg Stud.* 2020 Dec 9;11(2):295–310.
152. Sheikh K, Sriram V, Rouffy B, Lane B, Soucat A, Bigdeli M. Governance Roles and Capacities of Ministries of Health: A Multidimensional Framework. *Int J Health Policy Manag.* 2021 May 1;10(5):237–43.

153. Fronteira I, Sidat M, Magalhães JP, de Barros FPC, Delgado AP, Correia T, et al. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. *One Health*. 2021 Jun 1;12:100228.
154. Sturmberg JP, Tsasis P, Hoemeke L. COVID-19 – An Opportunity to Redesign Health Policy Thinking. *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2020 Jul 20;0. Available from: https://www.ijhpm.com/article_3864.html
155. Walzer C. COVID-19 and the Curse of Piecemeal Perspectives. *Front Vet Sci* [Internet]. 2020;7. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fvets.2020.582983/full>
156. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível [Internet]. 2021. Available from: <https://www.resbr.net.br/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>
157. Nyatanyi T, Wilkes M, McDermott H, Nzietchueng S, Gafarasi I, Mudakikwa A, et al. Implementing One Health as an integrated approach to health in Rwanda. *BMJ Glob Health*. 2017 Feb;2(1):e000121.
158. Mushi V. The holistic way of tackling the COVID-19 pandemic: the one health approach. *Trop Med Health*. 2020 Aug 14;48(1):69.
159. Ruckert A, Zinszer K, Zarowsky C, Labonté R, Carabin H. What role for One Health in the COVID-19 pandemic? *Can J Public Health*. 2020 Oct 1;111(5):641–4.
160. Neupane S, Boutilier Z, Kickbusch I, Mehdi A, Sangiorgio M, Told M, et al. SDGs, health and the G20: a vision for public policy. *Econ Open-Access Open-Assess E-J* [Internet]. 2018; Available from: <http://www.economics-ejournal.org/economics/journalarticles/2018-35>
161. World Health Organization Regional Office for Europe. Key learning on Health in All Policies implementation from around the world – Information Brochure [Internet]. World Health Organization; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272711/WHO-CED-PHE-SDH-18.1-eng.pdf?ua=1>
162. Shankardass K, Muntaner C, Kokkinen L, Shahidi FV, Freiler A, Oneka G, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health Res Policy Syst*. 2018 Mar 15;16(1):26.
163. Correia T. SARS-CoV-2 pandemics: The lack of critical reflection addressing short- and long-term challenges. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(3):669–72.
164. Todorovic J, Piperac P, Terzic-Supic Z. Emergency management, mitigation for COVID-19 and the importance of preparedness for future outbreaks. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(5):1274–6.
165. Public Health Wales. Public Health Wales: Nationally focused, globally responsible: Our international Health strategy 2017-2027. 2017.

166. Rockström J, Steffen W, Noone K, Persson Å, Chapin FS, Lambin EF, et al. A safe operating space for humanity. *Nature*. 2009 Sep;461(7263):472–5.
167. Stockholm Resilience Centre. How food connects all the SDGs [Internet]. 2021. Available from: <https://www.stockholmresilience.org/research/research-news/2016-06-14-how-food-connects-all-the-sdgs.html>
168. England National Health Service (England NHS). Sustainable, resilient, healthy people & places - Module: An integrated approach to Metrics [Internet]. England NHS; 2015. Available from: <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/whats-already-happening/sustainable-development-unit-archive/>
169. Calabrese A, Costa R, Ghiron NL, Menichini T. Materiality Analysis in Sustainability Reporting: A Method for Making it Work in Practice. *Eur J Sustain Dev*. 2017 Oct 1;6(3):439–47.
170. Moyano Santiago MA, Rivera Lirio JM. Aspectos relevantes para el diseño de planes de salud sostenibles orientados a los grupos de interés. Una propuesta basada en la guía ISO 26000:2010. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2017;91. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272017000100400&lng=es&nrm=iso&tlng=es
171. World Health Organization (WHO). Roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development, building on Health 2020, the European policy for health and well-being [Internet]. 2017. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338457/67wd09e-2030AgendaSD-170638.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
172. Menne B, de Leon EA, Bekker M, Mirzikašvili N, Morton S, Shriwise A, et al. Health and well-being for all: an approach to accelerating progress to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) in countries in the WHO European Region. *Eur J Public Health*. 2020 Mar;30(Supplement 1):i3–9.
173. Raworth K. A safe and just space for humanity. Can we live within the doughnut? [Internet]. Oxfam Discussion Paper; 2012. Available from: <https://primarysources.brillonline.com/browse/human-rights-documents-online/a-safe-and-just-space-for-humanity-can-we-live-within-the-doughnut;hrdhrd98240069>
174. SDG Compass. The SDG Compass. The guide for business action on the SDGs [Internet]. 2015. Available from: https://sdgcompass.org/wp-content/uploads/2015/12/019104_SDG_Compass_Guide_2015.pdf
175. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2020. GBD Compare. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
176. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Jul;16(7):3061–8.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

177. Gómez GR, Flores JG, Jiménez EG. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA. Granada, ES: Ediciones Aljibe; 1996.
178. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal D. Likert Scale: Explored and Explained. *Br J Appl Sci Technol*. 2015 Jan 10;7:396–403.
179. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011 Jun 27;2:53–5.
180. Global Reporting Initiative (GRI). G4 Sustainability Reporting Guidelines – Implementation Manual [Internet]. 2013. Available from: <https://respect.international/g4-sustainability-reporting-guidelines-implementation-manual/>
181. Maffezzoli ECF. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. *Rev FAE*. 2008;11(1):95–110.
182. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*. 1999 Dec;34(5 Pt 2):1189–208.
183. Calabrese A, Costa R, Ghiron NL, Menichini T. Materiality Analysis in Sustainability Reporting: A Method for Making it Work in Practice. *Eur J Sustain Dev*. 2017 Oct 1;6(3):439–47.
184. Aguiar P. Quais os aspetos essenciais na validação de um questionário? *Eurotrials*. 2013;(18-B):1–2.
185. Almeida D, Santos MA, Costa AF. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 2010.
186. Espinoza SC, Novoa-Muñoz F. Ventajas del alfa ordinal respecto al alfa de Cronbach ilustradas con la encuesta AUDIT-OMS. *Rev Panam Salud Pública*. 2018 Apr 13;42:e65.

6. Glossário

Glossário de termos e conceitos usados na tese

Aceitabilidade

Construto social multifacetado que reflete a medida em que as pessoas/entidades dos diferentes setores consideram apropriado determinado processo.

Avaliação (*Evaluation*)

Apreciação sistemática e objetiva de um projeto, programa ou política em curso ou concluído, de seu desenho, sua implementação e seus resultados. O objetivo é determinar o valor ou o significado de uma atividade, política ou programa ou ainda a pertinência e o alcance dos objetivos, assim como o desenvolvimento da eficiência, eficácia, impacto e a sustentabilidade. Uma avaliação deverá proporcionar informações confiáveis e úteis que permitam incorporar as lições aprendidas no processo de tomada de decisão dos beneficiários e financiadores. Em alguns casos, a avaliação é dita normativa quando é realizada com base nas definições de normas. Neste caso, trata do exame dos resultados em função das normas, uma apreciação dos resultados efetivos e previstos e a identificação de lições pertinentes (1).

Desenvolvimento sustentável (*Sustainable development*)

Desenvolvimento que garante que as necessidades do presente são satisfeitas sem comprometer a capacidade de satisfação das necessidades das futuras gerações (2).

Determinantes da saúde (*Health determinants*)

Fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população. Podem ser classificados em cinco grupos ou categorias: sociodemográficos e econômicos, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, ambientais e sistemas de prestação de cuidados de saúde (3).

Documento estratégico de saúde

Para efeitos deste trabalho, deve entender-se o termo “documento estratégico de saúde” como o documento que descreve uma estratégia, orientação estratégica ou linha estratégica de saúde.

Equidade em saúde (*Equity in health*)

Ausência de diferenças sistemáticas ou potencialmente evitáveis no estado de saúde, acesso aos cuidados de saúde e a ambientes protetores de saúde, e ao tratamento, em um ou mais aspetos da saúde das populações ou de grupos populacionais definidos social, económico, demográfico ou geograficamente, dentro de um país ou entre países. Uma medida do grau em que as políticas de saúde são capazes de distribuir com justiça o bem-estar (4).

Estratégia (*Strategy*)

Uma série de grandes linhas de ação destinadas a alcançar um conjunto de objetivos e metas estabelecidas no contexto de uma política ou programa (4).

Estratégia nacional de saúde

Para efeitos deste trabalho, deve entender-se o termo “estratégia nacional de saúde” como o conjunto de prioridades acordadas e grandes linhas de ação a longo prazo para o setor da saúde, determinadas ao nível nacional, em resposta às necessidades de saúde da respetiva população, tendo em conta a realidade organizacional do país, com a finalidade última de aumentar o nível de saúde da população. Pode estar consolidada em mais do que um documento estratégico, sendo que o documento mais abrangente, considerado de marca para o respetivo ciclo de planeamento estratégico, assume geralmente uma das designações seguintes (em Portugal e noutros países): plano nacional de saúde, plano nacional de saúde pública, estratégia nacional de saúde ou plano estratégico nacional de saúde.

Implementação estratégica (*Strategic implementation*)

A implementação refere-se ao processo através do qual as estratégias são postas em ação. Os resultados podem ser diversos, incluindo vários graus tanto de implementação bem-sucedida como malsucedida (5).

Materialidade

Limiar a partir do qual as questões materiais se tornam suficientemente importantes e, ou expressivos para que passem a ser abordadas no planeamento estratégico da organização ou empresa e, ou relatados no relatório de sustentabilidade (6).

Matriz de materialidade

Representação gráfica mais utilizada para sintetizar os tópicos/questões materiais priorizados de acordo com a respetiva materialidade relativa, contribuindo para a determinação de prioridades de sustentabilidade de uma empresa, organização ou setor, potenciando a implementação de estratégias alinhadas com o desenvolvimento sustentável e o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (6).

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (*Sustainable Development Goals*)

Objetivos definidos no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. Em número de 17, cada um é desdobrado em vários objetivos específicos, totalizando 169 (7).

Planeamento em saúde (*Health Planning*)

Processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários para conseguir o alcance de determinados objetivos segundo uma ordem de prioridades estabelecida, permitindo eleger a ou as soluções ótimas entre muitas alternativas, tendo em conta o contexto de dificuldades, internas e externas, conhecidas atualmente ou previsíveis no futuro (3), assente na análise multissectorial e integrada das populações, em oposição a uma visão puramente sectorial (8), tendo em vista o alcance dos melhores níveis de saúde (9).

Planeamento em saúde de base populacional (*Population based Strategic Planning*)

Processo de planeamento estratégico que tem como primeiro e principal objeto uma determinada população beneficiária ou de estudo, e que parte das necessidades de saúde dessa população. As necessidades de serviços e as de recursos são definidas em função das primeiras, devendo, contudo, ter em consideração a realidade organizacional, incluindo os constrangimentos de recursos, sob risco de se tornar ineficaz. Considerando o processo de planeamento em saúde, inclui as etapas de identificação dos problemas e necessidades de saúde, o estabelecimento de prioridades, a fixação de objetivos de saúde e a seleção de estratégias (3).

Planeamento estratégico em saúde (*Strategic Health Planning*)

Processo através do qual se estabelecem prioridades acordadas e orientações para o setor da saúde, tendo em conta os constrangimentos decorrentes dos recursos existentes (10). Na tipologia do processo de planeamento em saúde segundo o critério do nível ou extensão do processo, o planeamento estratégico situa-se no segundo nível, imediatamente abaixo do planeamento político ou normativo, correspondendo ao planeamento onde se tomam as grandes decisões e orientações, com consequências a longo prazo. Os seus resultados podem ser apresentados sob a forma de um plano estratégico, com duração de 5 a 10 anos.

Planeamento em saúde sustentável

Planeamento estratégico em saúde que promove a seleção e implementação de estratégias de saúde alinhadas com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e os princípios, valores e objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Refere-se ao planeamento em saúde de base populacional que parte da saúde entendida simultaneamente como pré-condição e como resultado do desenvolvimento sustentável, visando, assim, estratégias de saúde que contribuem para o alcance do 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3) e, simultaneamente, de forma direta ou indireta, para o alcance da totalidade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Planeamento operacional em saúde (*Health Operational Planning*)

Processo que se ocupa da definição dos objetivos operacionais e da execução do programa. É o processo da tomada de decisões a curto prazo relacionadas com o desenvolvimento das atividades, o cronograma de atividades e a gestão de recursos (3).

Planeamento tático em saúde (*Health Tactical Planning*)

Processo que se ocupa da disposição, organização e incorporação das atividades e recursos. Tem a ver com os objetivos gerais e específicos. O produto deste tipo de planeamento é o programa ou o projeto (3).

Política de saúde (*Health policy*)

Conjunto de orientações e decisões dos poderes políticos para manutenção ou melhorias sociais e do estado de saúde da população (11).

Programa de saúde (*Health programme*)

Conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo. Cada projeto de saúde contribui para a execução de um determinado programa de saúde (8).

Questões materiais

Questões que refletem os impactos ambientais, económicos e sociais significativos de uma empresa, organização ou setor, sejam positivos ou negativos, ou as questões que influenciam significativamente as avaliações e decisões dos stakeholders (6).

Relevância no contexto da análise da materialidade

Grau de importância atribuído a cada questão, tópico ou indicador na análise da materialidade (6).

Saúde e bem-estar (*Health and well-being*)

Saúde enquanto estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades (12).

O bem-estar compreende a experiência individual da vida, bem como uma comparação das circunstâncias da vida com as normas e valores sociais. O bem-estar existe em duas dimensões: subjetivo e objetivo. Exemplos de circunstâncias da vida incluem saúde, educação, trabalho, relações sociais, ambientes construídos e naturais, segurança, envolvimento cívico e governança, habitação e equilíbrio entre trabalho e vida. Experiências subjetivas incluem o senso geral de bem-estar, funcionamento psicológico e estados afetivos de uma pessoa (13).

Serviços operativos de saúde pública a nível regional e local

Correspondiam aos Departamentos de Saúde Pública das Administrações Regionais de Saúde (nível regional) e às Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das Unidades Locais de Saúde, em Portugal, em 2020.

Saúde e cuidados sustentáveis (*Sustainable health and care*)

Sistema de cuidados de saúde que funciona dentro dos recursos ambientais e sociais disponíveis na proteção e melhoria da saúde, num dado momento e para as gerações futuras (14).

Referências bibliográficas utilizadas no Glossário de termos e conceitos usados na tese

1. Hartz Z. Unidade curricular de Avaliação em Saúde. Glossário de Avaliação. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2016.
2. World Commission on Environment and Development. Report of World Commission on Environment and Development: Our Common Future, From One Earth to One World [Internet]. 1987 Apr. p. 300. Available from: <http://un-documents.net/our-common-future.pdf>
3. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
4. World Health Organization (WHO). World Health Organization Health Systems Strengthening Glossary [Internet]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>
5. Tomm-Bonde L, Schreiber RS, Allan DE, MacDonald M, Pauly B, Hancock T. Fading vision: knowledge translation in the implementation of a public health policy intervention. *Implement Sci.* 2013 Jun 4;8(1):59.
6. Global Reporting Initiative (GRI). GRI Sustainability Reporting Guidelines - reporting principles and standard disclosures [Internet]. GRI; 2013. Available from: <https://respect.international/wp-content/uploads/2017/10/G4-Sustainability-Reporting-Guidelines-Implementation-Manual-GRI-2013.pdf>
7. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. United Nations; 2015. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
8. Imperatóri E, Giraldes MR. Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3a edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993. (Obras Avulsas 2.Oa).
9. Durán H. Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; 1989.

10. Green A, Collins C, Hagos B, Gebreselassie S, Stefanini A, Craveiro I, et al. Strategic health planning: Guidelines for developing countries. Leeds: Nuffield Institute for Health, University of Leeds; 2002.

11. Hartz Z, Ferrinho P de LGM. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: A Nova Saúde Pública - A Saúde Pública da Era do Conhecimento [Internet]. Lisboa, Portugal: Gradiva; 2011. p. 58–79.

Available from: <https://www.gradiva.pt/catalogo/14796/a-nova-saude-publica>

12. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986.

13. World Health Organization. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.

14. England National Health Service (England NHS). Sustainable, resilient, healthy people & places: a sustainable development strategy for the NHS, Public Health and social care system [Internet]. England NHS; 2014.

Available from: <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/whats-already-happening/sustainable-development-unit-archive/>

7. Anexos

Lista de anexos:

Anexo 1. Lista das entidades à data representadas na Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2030

Anexo 2. *Questionário – questões de sustentabilidade*: questionário aplicado no Estudo Específico 2 e no Estudo Específico 3

Anexo 3. Caracterização operacional das variáveis utilizadas no *questionário - profissionais de saúde pública*, aplicado no Estudo Específico 4

Anexo 4. *Questionário – profissionais de saúde pública*: questionário aplicado no Estudo Específico 4

Anexo 5. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.

Anexo 6. Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa

Anexo 7. Lista dos projetos avaliados por outras Comissões de Ética, publicada na página da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade NOVA de Lisboa

Anexo 8. Questões/tópicos de sustentabilidade que fundamentam 68 indicadores de monitorização do modelo GAPFRAME

Anexo 9. Resultados da análise estatística univariada dos dados recolhidos através do *questionário – questões de sustentabilidade*, aplicado no Estudo Específico 2 e no Estudo Específico 3 – abordagem global

Anexo 10. Matrizes de correlação entre itens para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach

Anexo 11. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach

Anexo 12. Resultados da análise estatística univariada dos dados recolhidos através do *questionário – questões de sustentabilidade* e utilizados especificamente no Estudo Específico 3 (estudo da materialidade)

Anexo 1. Lista das entidades à data representadas na Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2030

Anexo 1. Lista das entidades à data representadas na Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2030

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto I–Santo Tirso/Trofa
Alto Comissariado para as Migrações
Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade
Associação de Unidades de Saúde Familiar
Associação Nacional de Freguesias
Associação Nacional de Municípios Portugueses
Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública
Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
Associação Portuguesa de Mutualidades
Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.
Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo
Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Alentejo
Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Algarve
Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Centro
Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Norte
Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais
Comissão Instaladora da Ordem dos Fisioterapeutas
Comissão Nacional de Coordenação da Rede de Cuidados Continuados Integrados
Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente
Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos
Comissão Nacional Proteção Direitos Crianças e Jovens
Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
Comissão para a Igualdade Religiosa: Grupo de Trabalho Religiões/Saúde
Conselho Clínico e de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte
Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos
Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Conselho de Administração do Hospital Espírito Santo-Évora
Conselho Económico e Social: Organizações Empresariais
Conselho Económico e Social: Organizações Sindicais
Conselho Nacional da Juventude
Conselho Nacional de Educação
Conselho Nacional de Saúde
Conselho Nacional de Saúde Mental
Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares
Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
Direção Regional de Saúde da Madeira

ANEXOS

Direção Regional de Saúde dos Açores

Direção-Geral da Saúde:

- Departamento de Qualidade em Saúde
- Direção de Serviços de Informação e Análise
- Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde
- Direção de Serviços e Relações Internacionais
- Divisão de Comunicação
- Divisão de Cooperação
- Envelhecimento Ativo
- Núcleo Género e Equidade em Saúde
- Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e Resistência aos Antimicrobianos
- Programa Nacional da Saúde da Visão
- Programa Nacional de Promoção da Atividade Física
- Programa Nacional de Saúde Escolar
- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Programa Nacional de Saúde Ocupacional
- Programa Nacional de Saúde Oral
- Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva
- Programa Nacional de Vacinação
- Programa Nacional Hepatites Virais
- Programa Nacional Literacia, Saúde e Bem-Estar
- Programa Nacional para a Prevenção da Violência no Ciclo Vida
- Programa Nacional para a Prevenção dos Acidentes
- Programa Nacional para a Prevenção dos Acidentes
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- Programa Nacional para a Saúde Mental
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
- Programa Nacional para Tuberculose
- Programa Nacional VIH/SIDA

Direção do Hospital SAMS

Equipa Regional de Acompanhamento da Administração Regional de Saúde do Algarve

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade NOVA de Lisboa

Estratégia Nacional para as Pessoas em Situação de Sem-Abrigo

Guarda Nacional Republicana

Instituto de Higiene e Medicina Social - Universidade de Coimbra

Instituto de Higiene Medicina Tropical - Universidade NOVA de Lisboa

Instituto de Saúde Ambiental - Universidade de Lisboa

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

Instituto Nacional de Emergência Médica

ANEXOS

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.:

Departamento de Alimentação e Nutrição

Departamento de Doenças Infecciosas

Departamento de Epidemiologia

Departamento de Genética Humana

Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis

Departamento de Saúde Ambiental

Museu da Saúde

Instituto Português do Desporto e Juventude

Instituto Português do Sangue

Médico Interno de Saúde Pública

Ministério da Administração Interna

Ministério da Agricultura

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

Ministério da Coesão Territorial

Ministério da Cultura

Ministério da Defesa Nacional

Ministério da Defesa Nacional-EMGFA/Hospital das Forças Armadas

Ministério da Economia e Transição Digital

Ministério da Justiça

Ministério da Modernização do Estado e da Administração Pública

Ministério das Infraestruturas e Habitação

Ministério do Ambiente e Ação Climática

Ministério do Estado e das Finanças

Ministério do Estado e da Presidência

Ministério do Mar

Ministério do Planeamento

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Ministério dos Negócios Estrangeiros

Movimento Português de Intervenção Artística e Educação pela Arte

Plataforma Saúde em Diálogo

Polícia Segurança Pública

Projeto Mais Participação Melhor Saúde

Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

União das Misericórdias Portuguesas

Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal

Nota: Nesta listagem, constam todas as entidades que integravam a Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2030 à data da recolha de dados no contexto desta tese. No que se refere aos Ministérios do Governo de Portugal, salienta-se que todos tinham sido convidados, constando, nesta listagem, os que, até à data, tinham aceite o convite. Não se tendo registado recusas, os ausentes correspondem aos Ministérios cuja resposta não tinha sido, até à data, rececionada pela Direção-Geral da Saúde.

**Anexo 2. *Questionário – questões de sustentabilidade*: questionário aplicado no
Estudo Específico 2 e no Estudo Específico 3**

PNS 2021-2030

Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2021-2030

Estudos de apoio ao desenvolvimento do ciclo de planeamento em saúde 2021-2030 em Portugal

1. A **Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde 2021-2030** tem ativamente colaborado nos estudos de apoio ao desenvolvimento do ciclo de planeamento em saúde 2021-2030 em Portugal, o que, desde já, muito se agradece.
2. O presente questionário tem por finalidade obter dados que, com base nas perceções dos/as Senhores/as Comissários/as, permitam identificar e ordenar por grau de importância as questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um Plano de Saúde Sustentável em Portugal. Os resultados deste estudo são cruciais para a implementação do PNS 2021-2030.
3. O questionário é totalmente anónimo e os resultados serão usados exclusivamente para os fins acima mencionados. Enquanto um dos principais *stakeholders* do processo de planeamento estratégico em saúde de âmbito nacional em Portugal, a sua participação é muito importante. Assim, solicitamos que colabore no seu preenchimento e agradecemos a sua atenção.
4. O questionário é constituído por duas partes. A Parte I apresenta três perguntas e a Parte II apresenta duas perguntas, cada uma das quais com várias alíneas. Cada pergunta apresenta uma breve nota com as respetivas instruções de preenchimento.
5. Poderá interromper o preenchimento do questionário e continuar posteriormente. Para isso, deve carregar no botão "Save & Return Later" que se encontra no fim do questionário, depois do botão "Submit". É facultado um código de acesso. Para retomar o preenchimento, use o mesmo link. Ao abrir o link, no canto superior direito carregue na palavra "Returning" e introduza o código de acesso. Ao finalizar o preenchimento do questionário carregue no botão "Submit".

Em seguida apresenta-se o consentimento informado relativo ao preenchimento do questionário.

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se necessitar de esclarecimento não hesite em nos contactar.

O presente questionário online destina-se à obtenção de dados que permitam identificar e ordenar por grau de importância as questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um Plano de Saúde Sustentável em Portugal. Os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais, e não serão passíveis de associação ao seu nome, computador ou email. Os dados recolhidos terão utilização exclusiva para os fins acima mencionados.

Declaro ter lido e compreendido este documento. O preenchimento do questionário confirma a aceitação da minha participação livre e esclarecida. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar continuar a participar no seu preenchimento sem qualquer tipo de consequências.

Contactos:

Ana Cristina Garcia
Email: anacristinagarcia@ihmt.unl.pt

Agradecemos desde já a sua atenção e valiosa participação.

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SECTORIAL

Setor que representa e/ou onde trabalha (pode assinalar mais do que uma opção)

- Social
 Económico
 Ambiente

Setor que representa e/ou onde trabalha	<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Social <input type="radio"/> Outro	reset
Representa uma entidade e/ou trabalha na área da Saúde?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	reset
PARTE II		
<p>A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030) afirma-se como um plano de ação global firmado em 5 pilares - os 5 P's: Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias. Os três primeiros representam as três dimensões do desenvolvimento sustentável: social, ambiental e económica, respetivamente. Os outros dois são considerados essenciais à implementação da Agenda 2030.</p> <p>Integrando 17 Objetivos - os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) -, a Agenda 2030 compromete os Estados Membros das Nações Unidas numa ação conjunta em áreas consideradas cruciais para a humanidade e o planeta.</p> <p>Os 17 ODS e respetivos 169 objetivos específicos podem ser traduzidos e agrupados em questões/temas e tópicos de âmbito ambiental, social, económico e de governação, segundo vários modelos.</p> <p>A ordenação dessas questões por grau de importância segundo a perceção dos principais <i>stakeholders</i>, tem elevado valor nos processos de planeamento estratégico sustentável.</p>		
<p>A fim de ordenar por grau de importância questões relevantes para o planeamento em saúde sustentável, no contexto da Agenda 2030 solicitamos que responda às perguntas seguintes, utilizando uma <u>escala de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) ou 99 (sem opinião)</u>.</p>		
<p>Notas:</p> <p>a) As questões/temas estão agrupadas/os pelas dimensões seguintes: Sociedade (correspondendo ao Pilar Pessoas), Economia (Pilar Prosperidade), Ambiente (Pilar Planeta) e Governação (Pilares Paz e Parcerias);</p> <p>b) Para cada questão/tema são indicados alguns tópicos específicos.*</p> <p>* Adaptado de Quadro de referência e Indicadores de monitorização do Modelo Gap Frame, de Muff et al, 2017 (Muff K, Kapalka A, Dyllick T. The Gap Frame - Translating the SDGs into relevant national grand challenges for strategic business opportunities. The International Journal of Management Education 2017,15:363-383)</p>		
<hr style="border: 1px solid #008080;"/>		
<p>1. Qual o grau de importância, realçado pela pandemia de COVID-19, que atribui a cada uma das questões/temas seguintes, enquanto determinante do alcance da Saúde e Bem-estar:</p> <p>Por favor, use a escala de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) ou 99 (sem opinião).</p>		
Sociedade (Pilar Pessoas):		
<p>1.1 Fatores biológicos da Pessoa (antecedentes genéticos; excesso de peso e obesidade; desnutrição; estado imunológico)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>		
<p>1.2 Comportamentos individuais e de grupo (sedentarismo e atividade física; consumo de bebidas alcoólicas; consumo de tabaco; consumo de outras substâncias psicoativas; hábitos alimentares; gestão de stress)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>		
<p>1.3 Educação (escolaridade obrigatória completa; qualidade da educação; insucesso escolar; literacia no adulto; formação ao longo da vida)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>		

<p>1.4 Condições de vida (acesso à eletricidade; acesso a água potável; saneamento seguro; acesso a habitação com qualidade; acesso a transportes e segurança rodoviária; gestão de resíduos perigosos)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.5 Igualdade de oportunidades (diferença salarial baseada no género; representação feminina em conselhos de administração; representação feminina no parlamento; distribuição de rendimentos)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.6 Integração social (tolerância à diferença; discriminação das minorias)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.7 Organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados (cobertura de saúde; acessibilidade aos serviços de saúde; qualidade da prestação de cuidados; recursos humanos da saúde)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.8 Qualidade de vida (grau de satisfação com a vida; qualidade da rede de suporte social; equilíbrio entre a vida pessoal e profissional; pobreza; bem-estar infantil)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.9 Pessoas em contextos e ambientes específicos (escola; trabalho; instituições de saúde; meio prisional)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Economia (Pilar Prosperidade):</p>
<p>1.10 Emprego (segurança no emprego; desemprego nos jovens; desemprego em geral)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.11 Afetação de recursos (depleção dos recursos naturais; custo do consumo de energia primária)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.12 Consumo sustentável (consumo total de carbono; tendências de poupança de energia; consumo de carne)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.13 Produção sustentável (relatório de sustentabilidade elaborado pelas empresas; terras agrícolas irrigadas; resiliência da banca)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.14 Inovação (facilidade de acesso a empréstimos; disponibilidade de tecnologia de ponta; acesso à Internet)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>Ambiente (Pilar Planeta):</p>
<p>1.15 Biodiversidade (extinção de animais; áreas protegidas de habitats terrestres)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>

<p>1.16 Emissões de carbono (pegada de carbono)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.17 Oceanos (sobre exploração e, ou colapso dos recursos marinhos; acidificação dos oceanos; resíduos de plástico; poluição dos oceanos por outras fontes)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.18 Solo e floresta (qualidade do solo (adaptação à proibição de pesticidas); agricultura biológica; risco de desertificação)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.19 Ar limpo (exposição a micropartículas)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.20 Água (recursos hídricos renováveis; qualidade da água)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.21 Energia limpa (energias renováveis; utilização doméstica de combustíveis sólidos)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>1.22 Tratamento de resíduos (reutilização e reciclagem de resíduos sólidos urbanos; tratamento de águas residuais)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<hr style="border: 1px solid #007060;"/>
<p>2. Qual o grau de importância, realçado pela pandemia de COVID-19, que atribui a cada uma das questões/temas seguintes, enquanto <u>facilitador</u> do alcance da Saúde e Bem-estar:</p> <p>Por favor, use a escala de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) ou 99 (sem opinião).</p>
<p>Governança (Pilares Paz e Parcerias):</p>
<p>2.1 Paz (liberdade de associação; liberdade de deslocação; força dos direitos legais; terrorismo)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>2.2 Equidade</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>2.3 Parcerias locais (ao nível das comunidades)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>2.4 Parcerias entre comunidades (entre freguesias, entre municípios, entre regiões)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>
<p>2.5 Parcerias nacionais</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 99</p> <p style="text-align: right;">reset</p>

2.6 Parcerias internacionais

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

[reset](#)**2.7 Finanças públicas** (nível da dívida pública; saldo orçamental)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

[reset](#)**2.8 Resiliência estrutural** (corrupção no setor público; tolerância para com os imigrantes; qualidade das infraestruturas)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

[reset](#)**2.9 Integridade nas negociações** (ética nas negociações; efetividade do anti monopólio; grau de suporte às instituições e empresas; incentivos para negócios justos e sustentáveis)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

[reset](#)**2.10 Transparência** (nível percecionado de boa governação; independência do sistema judicial; consulta pública de propostas de regulamentos; participação na escolha dos governantes ou dirigentes; liberdade de expressão)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

[reset](#)

Muito obrigado pela sua atenção e valiosa participação.

[Submit](#)[Save & Return Later](#)

Anexo 3. Caracterização operacional das variáveis utilizadas no *questionário - profissionais de saúde pública*, aplicado no Estudo Específico 4

Anexo 3. Caracterização operacional das variáveis utilizadas no *questionário - profissionais de saúde pública, 2019*

Código variável	Nº pergunta no questionário	Nome	Definição operacional	Valores [código – valor]	Tipo
Caracterização demográfica e profissional à data do preenchimento do questionário					
V1	1	Sexo	Sexo biológico	1-masculino 2-feminino	Nominal
V2	2	Idade	Escalão etário em que a idade do participante se inclui	< 30 30-39 40-49 50-59 60-69 >= 70	Ordinal
V3	3	Região onde trabalha	Região tipo NUTS II em que se encontra a trabalhar	1-Norte 2-Centro 3-LVT 4-Alentejo 5-Algarve 6-RAM 7-RAA	Nominal
V4(V5)	4	Profissão	Profissão à data	1-Médico de saúde pública 2-Médico de outra especialidade 3-Enfermeiro 4-Técnico de saúde ambiental 5-Psicólogo 6-Estatista/Matemático 7-Assistente social 8-Sociólogo 9-Gestor ou economista 10-Outra (qual)	Nominal (texto)
V6	4a	Categoria profissional	Categoria profissional se médico	1-Médico interno de saúde pública 2-Assistente 3-Assistente graduado 4-Assistente graduado sénior	Ordinal
Formação profissional					
V7	5a	Formação específica ou especializada em planeamento em saúde de base populacional	Ter concluído um curso/formação especializada em planeamento em saúde de base populacional	0-não 1-sim	Nominal
V8	5b	Curso de Especialização em Saúde Pública	Ter concluído o Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP)	0-não 1-sim	Nominal
V9 (V10)	5c	Outra formação específica	Ter concluído outra formação específica em saúde pública que não o CESP	0-não 1-sim (qual)	Nominal (texto)
V11	5d	Ano de realização	Ano civil em que realizou a formação específica que considera mais relevante	[aaaa]	Data
V12	5e	Duração	Duração em anos da formação específica que concluiu e considera mais relevante	>=0	Numérica contínua
Experiência profissional em planeamento em saúde					
V13	6a	Participação em atividades de planeamento em saúde	Ter realizado pelo menos uma atividade de planeamento em saúde durante a sua vida	0-Não 1-Sim	Nominal
V14	6.1a	Diagnóstico de situação	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito do diagnóstico de situação	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal

Código variável	Nº pergunta no questionário	Nome	Definição operacional	Valores [código – valor]	Tipo
V15	6.1b	Seleção de estratégias	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito da seleção de estratégias	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal
V16	6.1c	Definição de prioridades	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito da definição de prioridades	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal
V17	6.1d	Fixação de objetivos de saúde	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito da fixação de objetivos de saúde	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal
V18	6.1e	Monitorização e, ou avaliação de plano estratégico de saúde	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito da monitorização e, ou avaliação de plano estratégico de saúde	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal
V19	6.1f	Planeamento e gestão de programas de saúde	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito do planeamento e gestão de programas de saúde	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal
V20	6.1g	Planeamento de serviços	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito do planeamento de serviços	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal
V21	6.1h	Contratualização	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito da contratualização	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal
V22	6.1i	Monitorização e, ou avaliação de programa ou de plano de atividades	Nº de anos de duração do período de tempo em que realizou uma ou mais atividades no âmbito da monitorização e, ou avaliação de programa ou de plano de atividades	<1 1-4 5-9 10-19 20-29 >=30	Ordinal

Modelo e processo de planeamento em saúde

V23	7.1a	Aceitabilidade – profissionais de saúde	Aceitabilidade do processo de PSS positiva para os profissionais de saúde	0-Não 1-Sim	Nominal
V24	7.1b	Aceitabilidade – parceiros sociais (geral)	Aceitabilidade do processo de PSS positiva para os parceiros sociais em geral	0-Não 1-Sim	Nominal
V25	7.1c	Aceitabilidade – autarquias	Aceitabilidade do processo de PSS positiva para as autarquias	0-Não 1-Sim	Nominal
V26	7.1d	Aceitabilidade – população	Aceitabilidade do processo de PSS positiva para a população em geral	0-Não 1-Sim	Nominal
V27	7.2a	Capacitação - conhecimentos	Profissionais e serviços capacitados para a execução das atividades de planeamento sustentável em termos de conhecimentos	0-Não 1-Sim	Nominal

Código variável	Nº pergunta no questionário	Nome	Definição operacional	Valores [código – valor]	Tipo
V28	7.2b	Capacitação - instrumentos	Profissionais e serviços capacitados para a execução das atividades de planeamento sustentável em termos de instrumentos	0-Não 1-Sim	Nominal
V29	7.3a	Recursos _tempo	Recursos mínimos para a execução das atividades de PSS ao nível subnacional em termos de tempo	0-Não 1-Sim	Nominal
V30	7.3b	Recursos _informação	Recursos mínimos para a execução das atividades de PSS ao nível subnacional em termos de informação	0-Não 1-Sim	Nominal
V31	7.3c	Recursos humanos	Recursos mínimos para a execução das atividades de PSS ao nível subnacional em recursos humanos	0-Não 1-Sim	Nominal
V32	7.3d	Recursos financeiros	Recursos mínimos para a execução das atividades de PSS ao nível subnacional em recursos financeiros	0-Não 1-Sim	Nominal
V33	7.4	Exequibilidade	Exequibilidade atendendo às respostas às V23 a V32, para a execução das tarefas de PSS ao nível subnacional	1 a 10	Ordinal
V34(V35)	8	Concordância com quadro concetual	Concordância com o quadro concetual de problemas de saúde, que incluiu problemas de elevada magnitude e problemas de baixa magnitude mas elevado potencial de risco	0-Não (outro) 1-Sim	Nominal (texto)
Utilidade da ação de formação					
V36	9	Utilidade	Classificação da utilidade do <i>Workshop</i>	1 a 10	Ordinal
Disponibilidade futura					
V37	10	Disponibilidade	Disponibilidade para participar em estudos de PSS futuros	0-Não 1-Sim	Nominal

Legenda: LVT – Lisboa e Vale do Tejo | NUTS II – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos de tipo II | PSS – planeamento em saúde sustentável | RAA – Região Autónoma dos Açores | RAM – Região Autónoma da Madeira

**Anexo 4. *Questionário – profissionais de saúde pública*: questionário aplicado no
Estudo Específico 4**

WORKSHOP PLANEAMENTO SUBNACIONAL EM SAÚDE SUSTENTÁVEL

1. A Diretora Executiva do Plano Nacional de Saúde e a Coordenação da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde encontram-se a desenvolver alguns estudos de apoio ao desenvolvimento do ciclo de planeamento em saúde 2021-2030.
2. O presente questionário foi construído nesse âmbito, com a finalidade de obter dados que permitam analisar a capacidade e experiência em planeamento em saúde em Portugal, e a motivação para a aplicação de um modelo referencial para o planeamento em saúde sustentável. Como objetivo adicional, procura-se avaliar a utilidade percebida do *Workshop* Planeamento Subnacional em Saúde Sustentável, que hoje termina.
3. O tempo máximo de preenchimento do questionário é estimado em 15 minutos. Para melhor clarificação e precisão de termos e conceitos, agradecemos a consulta do glossário que se encontra no final.
4. Os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais e utilizados no âmbito dos estudos mencionados.
5. O preenchimento do questionário confirma a aceitação da participação livre e esclarecida.

Agradecemos desde já a sua atenção e valiosa participação.

QUESTIONÁRIO

1. **Sexo** Feminino Masculino
2. **Grupo etário** (anos) < 30 30-39 40-49 50-59 60-69 >= 70
3. **Região onde trabalha** (NUTS II) Norte Centro LVT Alentejo Algarve RAM RAA
- LVT – Lisboa e Vale do Tejo; RAM – Região Autónoma da Madeira; RAA – Região Autónoma dos Açores

4. **Profissão** Médico de saúde pública Médico de outra especialidade Qual? _____
- Assistente Assistente graduado Assistente graduado sénior
- Médico Interno de saúde pública
- Enfermeiro Técnico de Saúde Ambiental Psicólogo Estatista/Matemático
- Assistente social Sociólogo Gestor ou economista Outra Qual? _____

5. **Formação específica ou especializada em planeamento em saúde de base populacional** Sim Não

Se Sim Curso de especialização em saúde pública Sim Não

Outra formação específica Sim Não

Se Sim Em relação à de maior relevância indique: Tipo _____

Ano civil em que se realizou _____

Duração _____

6. Participação em atividades de planeamento em saúde Sim Não

Se Sim indique:

6.1 Tipo de experiência	Duração (anos)											
Diagnóstico de situação	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Seleção de estratégias	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Definição de prioridades	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Fixação de objetivos de saúde	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Monitorização e ou avaliação de plano estratégico de saúde	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Planeamento e gestão de programas de saúde	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Planeamento de serviços	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Contratualização	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>
Monitorização e ou avaliação de programas ou de planos de atividades	<1	<input type="checkbox"/>	1-4	<input type="checkbox"/>	5-9	<input type="checkbox"/>	10-19	<input type="checkbox"/>	20-29	<input type="checkbox"/>	>=30	<input type="checkbox"/>

7. Com base na sua perceção:

7.1 Considera que a aceitabilidade do processo de planeamento em saúde sustentável é positiva para:

Profissionais de saúde Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parceiros sociais (em geral) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Autarquias Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	População Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

7.2 Considera que os profissionais e serviços se encontram capacitados para a execução das atividades de planeamento sustentável em saúde em termos de:

Conhecimentos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Instrumentos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--	---

7.3 Considera que existem os recursos mínimos para a execução das atividades de planeamento sustentável em saúde ao nível sub-nacional, em termos de:

Tempo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Informação Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Recursos humanos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Recursos financeiros Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

7.4 Tendo em consideração as respostas às questões 7.1, 7.2 e 7.3, numa escala de 1 a 10, como classifica a exequibilidade do planeamento em saúde sustentável ao nível sub-nacional em Portugal?

Escala: 1 - não exequível; 10 - perfeitamente exequível

8. Concorda com o quadro concetual de problema de saúde aplicado ao planeamento em saúde sustentável de base populacional*? Sim Não

*problemas de elevada magnitude; problemas de baixa magnitude e elevado potencial e risco

Se Não Que alternativas propõe? _____

9. Numa escala de 1 a 10, como classifica a utilidade do *Workshop Planeamento Subnacional em Saúde Sustentável* para a sua prática em planeamento em saúde sustentável?

Escala: 1 – sem utilidade; 10 – muito útil

10. Está disponível para participar em futuros estudos de planeamento em saúde sustentável?

Sim

Não

Muito obrigada pela sua atenção e valiosa participação.

Glossário:

Planeamento em saúde sustentável de base populacional: processo de planeamento em saúde que promove a seleção e implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável, tendo em vista o alcance de objetivos de desenvolvimento sustentável.

Problema de saúde: estado de saúde considerado deficitário pelo indivíduo, o profissional de saúde ou a comunidade. Exemplos: tuberculose, cancro, mortalidade prematura, mortalidade infantil.

Serviços operativos de saúde pública a nível regional e local: correspondem aos departamentos de saúde pública (DSP) de cada administração regional de saúde (ARS) (nível regional) e às unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e das unidades locais de saúde (ULS).

**Anexo 5. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de
Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.**

Comissão de Ética para a Saúde

DESIGNAÇÃO DO PROJETO EM APRECIÇÃO: Adenda ao protocolo da tese de doutoramento de tema *Planeamento estratégico em saúde no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, em desenvolvimento no Instituto de Higiene e Medicina Tropical/UN Lisboa.

Trata-se de uma tese de doutoramento no âmbito do Programa de Doutoramento em Saúde Internacional – especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento - do IHMT/UNL, tendo, contudo, também interesse para o INSA no âmbito das competências e objetivos da Unidade de Investigação em Políticas e Serviços de Saúde (UIPSS)/Departamento de Epidemiologia, no qual a doutoranda exerce profissionalmente. O projeto tem dupla afiliação, ao abrigo deste Programa de Doutoramento.

A proponente declara que as interrupções dos trabalhos da tese, pelas razões expostas em documento anexo, tiveram como consequência direta o adiamento da data-limite para conclusão da tese, a qual passou de outubro de 2020 para abril de 2022.

Investigadora Principal (IP): Ana Cristina Pardal Garcia

Orientador: Professor Doutor Paulo Ferrinho

Coorientador: Professora Doutora Zulmira Hartz

Comissão Tutorial: Professor Doutor Fernando Cupertino, Doutor Carlos Matias Dias

Documentos submetidos: todos os documentos - previstos na instrução de pedidos - foram apresentados pela investigadora.



I – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO

FUNDAMENTAÇÃO

Apesar do seu potencial, a contribuição do planeamento estratégico em saúde para o alcance dos melhores níveis de saúde das populações nem sempre tem sido clara e visível. Os fatores preponderantes são diversos e contexto-dependentes, incluindo a coerência dos processos de planeamento em saúde aos níveis internacional, nacional, regional e local. O presente estudo pretende, assim, responder à questão: Qual o grau de coerência observada entre o planeamento estratégico em saúde aos níveis internacional e nacional, à luz do modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e como o explicar? A finalidade visa contribuir para a melhoria da saúde das populações, assim como, fortalecer os sistemas de saúde no paradigma do desenvolvimento sustentável, através de contributos para o desenvolvimento de um modelo de planeamento em saúde no quadro dos ODS.

OBJETIVO GERAL: contribuir para a compreensão da coerência observada nos processos de planeamento estratégico em saúde aos níveis internacional e nacional, em conformidade com o modelo conceptual do desenvolvimento sustentável e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, tendo em vista o aumento da efetividade do planeamento em saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Validar um referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bemestar sustentáveis, em Portugal, com base no Modelo Gap Frame, de Katrin Muff e colaboradores (GAPFRAME V1 version).
2. Identificar e ordenar por grau de relevância as questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde de base populacional em Portugal, com base no referencial de sistematização das questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis validado para Portugal.
3. Analisar o alinhamento do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 com extensão até 2020 (PNS 2020) e dos planos, ou estratégias, nacionais de saúde de outros Países.



METODOLOGIA: o projeto de investigação tem como quadro de referência o modelo de análise das políticas de saúde de Walt e Gilson (1994). A abordagem metodológica é predominantemente qualitativa e foi selecionado o estudo de caso como estratégia de investigação. A opção foi de um estudo de caso único com múltiplas unidades de análise embutidas, de outro modo, à partida, serão consideradas 3 unidades de análise, cada uma delas correspondendo a um País: Portugal, Irlanda e País de Gales.

O objetivo geral da tese pretende ser alcançado a partir da investigação aprofundada da unidade de análise Portugal, que, de acordo com Thomas (72), corresponderá à “unidade prática”.

SERÃO EFETUADOS TRÊS ESTUDOS ESPECÍFICOS: **estudo 1** – será um estudo de validação do referencial de translação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em questões relevantes de sustentabilidade do Modelo Gap Frame (GAPFRAME V1 version); **estudo 2** - será um estudo de materialidade que permita a identificação e priorização por grau de relevância das questões de sustentabilidade relevantes para a construção e implementação de um plano estratégico em saúde de base populacional em Portugal; **estudo 3** – será um estudo comparativo do alinhamento dos planos nacionais de saúde de Portugal e outros Países europeus.

Como técnica de recolha de dados dos Estudos 1 e 2 foi escolhido um questionário de autopreenchimento, para distribuição em suporte virtual; construído, distribuído e recolhido através da plataforma informática REDCap (Research Electronic Data Capture), que garante a total anonimização dos dados, sem possibilidade de associação ao nome, computador ou email dos participantes; e para aplicação apenas após consentimento informado, livre e esclarecido de cada participante.

POPULAÇÃO: a população é constituída pelos membros da “Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2021-2030” (n=138). Será efetuada a análise univariada dos dados (distribuição de frequência, parâmetros de tendência central e de dispersão), análise bivariada (análise da materialidade) e análise multivariada (análise de componentes principais). Os dados para o Estudo 3 serão recolhidos por análise documental e analisados através das técnicas de análise temática e análise de conteúdo.



PROCESSO AMOSTRAL (RECRUTAMENTO): foram escolhidos representantes das diversas partes interessadas na saúde e bem-estar sustentável, nos sistemas de saúde e de cuidados sustentáveis, e nos processos de planeamento estratégico em saúde em Portugal, de entre as entidades/instituições/organizações/personalidades com interesses na saúde e na prestação de cuidados de saúde em Portugal, internas ou externas ao setor da saúde, de âmbito público ou privado. Verificando-se que os membros da “Comissão de Acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2021-2030” reúnem, no todo, tais requisitos, foi decidido selecionar essa Comissão como população de estudo.

LOCAL ONDE DECORRE O ESTUDO: INSA Departamento de Epidemiologia (UIPSS); IHMT/UNL.

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS: Serão realizados questionários, anexos.

PLANO DE ANÁLISE DE DADOS: Está descrita e é clara.

PLANO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS: O plano de divulgação dos resultados está descrito. Para além da tese de doutoramento, prevê a elaboração do relatório do estudo de caso e a publicação de artigos científicos originais em revistas científicas com revisão por pares. É, ainda, colocada a possibilidade de apresentação de resultados em congressos e outros eventos de cariz científico/ técnico.

FINANCIAMENTO: Não.

CRONOGRAMA: início 15/01/2018; fim 30/04/2022

II – APRECIÇÃO DOS ELEMENTOS ÉTICOS

O presente projeto foi remetido à CES INSA em 9 de novembro de 2021, através dos formulários próprios. Procede-se de seguida à apreciação dos elementos éticos e respetivo parecer ético.



VALOR CIENTÍFICO E SOCIAL

A investigação proposta apresenta valor científico e social, que estão fundamentados. Visa disponibilizar um referencial de translação dos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* em questões de elevada relevância para o alcance de elevados níveis de saúde e bem-estar sustentáveis validado para Portugal, e identificar as questões de sustentabilidade de maior relevância para a comunidade técnica e científica, no âmbito das políticas de saúde, em Portugal. O desenho do estudo apresenta valor social, científico e clínico, com potencial para ganhos em saúde, assim como para a melhoria das intervenções em Saúde Pública, particularmente no âmbito daquela que é uma prioridade em Portugal e no Mundo, a criação de modelos de planeamento em saúde que sejam sustentáveis. Do ponto de vista metodológico revela rigor e robustez na fundamentação e apresenta elevado potencial nos resultados.

PRINCÍPIOS DO RESPEITO PELA DIGNIDADE HUMANA E AUTONOMIA

A investigadora declara que na primeira página do questionário de autopreenchimento online, após breve apresentação do estudo, solicita a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido. Acrescenta que dias antes da sua aplicação, o questionário é apresentado aos participantes em reunião efetuada através da plataforma Zoom, pela investigadora principal. Nessa reunião, são explicitadas as condições de aplicação do instrumento de recolha de dados (designadamente, o caráter irreversível da anonimização dos dados), os objetivos, questões e instruções de preenchimento. Nesta reunião é ainda sublinhada a total liberdade para o seu preenchimento, e, no final, dada a oportunidade para colocação de questões e esclarecimento de dúvidas. Assim, e atendendo ao procedimento descrito para a obtenção do CI estamos em face de um Consentimento tácito, havendo lugar a esclarecimento prévio, em reunião por meios telemáticos. Desta forma, a nota informativa prestada na reunião prévia com a investigadora deveria constar como documento que acompanha o Consentimento informado e prévia ao questionário.

PRINCÍPIOS DA BENEFICIÊNCIA/NÃO MALEFICIÊNCIA E JUSTIÇA

Não são de esperar riscos para os participantes, nem incómodos relevantes, além do tempo previsto da participação. Os participantes serão envolvidos exclusivamente como respondentes a questionário para distribuição em suporte virtual; construído, distribuído e recolhido através de plataforma informática que garante a total anonimização dos dados; sendo o preenchimento



voluntário, após a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido para participação. Ainda que não sejam identificados benefícios diretos para os participantes, os benefícios indiretos para os cidadãos em geral e para o planeamento estratégico em saúde Pública são claros e alicerçam a realização do estudo.

CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E REGULAMENTO GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

Existe anonimização irreversível dos dados. Os dados (anónimos desde a sua recolha) serão armazenados em matriz de dados especificamente construída para o efeito e armazenada em suporte informático ao qual só os investigadores terão acesso. A matriz será destruída após a concessão do grau e publicação do último artigo previsto.

INTEGRIDADE, TRANSPARÊNCIA E IDONEIDADE

As declarações de transparência são apresentadas por todos os elementos da equipa de investigação. Os *CV's* da equipa revelam a idoneidade para a prossecução da investigação em causa e adequação à natureza do estudo. As fontes bibliográficas estão devidamente apresentadas e permitem a rastreabilidade.

PROPRIEDADE INTELECTUAL: INSA e IHMT/UNL

III – CONSIDERAÇÕES E PROPOSTA DE PARECER

Pelo exposto, a CES-INSA, na sua reunião do dia 10 de dezembro de 2021, realizada por videoconferência, confirma a observância dos padrões éticos nas diferentes fases do processo de investigação, pelo que estão reunidos todos os elementos para a emissão de Parecer Ético Favorável.

Da análise elabora as seguintes notas:

1. Os primeiros questionários foram já aplicados em dezembro de 2020, portanto, esta apreciação é retrospectiva, sendo desejável que fosse prévia, pois, “a realização de estudos clínicos é obrigatoriamente precedida de parecer favorável da Comissão de Ética competente, a emitir no prazo de 30 dias, sem o qual o estudo não pode ser realizado, cfr. n.º1 do artigo 16.º da Lei n.º 21/2014.”



2. O Consentimento é tácito, os procedimentos para a obtenção desse Consentimento estão bem descritos, carecendo apenas da nota informativa/informação ao participante - prestada aquando da reunião via meios telemáticos -, que deve ser prévia ao texto do CI e ao questionário de autopreenchimento. Sugere-se também a introdução de informação clara sobre o facto de a prossecução para preenchimento do questionário on-line corresponder à anuição da participação.
3. O Parecer da Comissão de Ética do IHMT deve ser enviado para esta CES, assim que obtido.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do disposto no nº23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, dê igualmente conhecimento à CES INSA do relatório final com as conclusões do estudo, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Lisboa, 03 janeiro de 2022

Com os melhores cumprimentos.

P'A Comissão de Ética para a Saúde do INSA, I.P.

(Nina de Sousa Santos)

ANEXOS

**Anexo 6. Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical
– Universidade Nova de Lisboa**

Ana Cristina Garcia

De: Cláudia Conceição
Enviado: 26 de abril de 2022 17:18
Para: Ana Cristina Garcia; Comissao de Ética
Cc: Paulo Ferrinho
Assunto: RE: Tese de doutoramento "Planeamento estratégico em saúde no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" - parecer da Comissão de Ética para a Saúde do INSA

Cara Dr^a Ana Cristina Garcia

A CE IHMT-ITQB agradece a informação recebida e deseja as maiores felicidades para o seu trabalho.

O seu trabalho vai passar a constar da informação disponibilizada na nossa página <https://www.ihmt.unl.pt/organizacao/conselho-de-etica/> no separador "Projetos" submetidos a outras Comissões de ética.

Atenciosamente

Cláudia Conceição

Cláudia Conceição, MD, PhD
Unidade de Clínica Tropical
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade NOVA de Lisboa
Rua da Junqueira Nº 100 | 1349-008 Lisboa
+351 213 652 600 | +351 938489457
Email: claudiaconceicao@ihmt.unl.pt
www.ihmt.unl.pt | [facebook](#) | [youtube](#)

De: Ana Cristina Garcia <AnaCristinaGarcia@ihmt.unl.pt>
Enviada: 26 de abril de 2022 16:45
Para: Comissao de Ética <comissaodeetica@ihmt.unl.pt>
Cc: Paulo Ferrinho <PFerrinho@ihmt.unl.pt>
Assunto: Tese de doutoramento "Planeamento estratégico em saúde no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" - parecer da Comissão de Ética para a Saúde do INSA

Ex.ma Senhora Presidente da
Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Senhora Professora Doutora Cláudia Conceição,

Venho, por este meio, dar conhecimento do parecer ético favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge relativo à tese de doutoramento intitulada "Planeamento estratégico em saúde no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" (em anexo), que me encontro a desenvolver.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Cristina Pardal Garcia

DESDE 1902



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA
TROPICAL
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Ana Cristina Garcia

*Public Health MD, PhD Student
Global Health and Tropical Medicine*

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Universidade NOVA de Lisboa
Rua da Junqueira N° 100 | 1349-008 LISBOA
+351 213 652 600

www.ihmt.unl.pt | facebook | youtube

Anexo 7. Lista dos projetos avaliados por outras Comissões de Ética, publicada na página da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa



Informação recebida sobre projetos avaliados por outras Comissões de ética

Título do Projeto	Promotor	Investigador (1)	Avaliação do projeto na Comissão de Ética de:	Parecer	Data do Parecer
“Saúde Digital no Baixo Alentejo: uma realidade ou uma utopia?”	IHMT NOVA	Miguel Meneses	Comissão de ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	Favorável	13 abril 2022
“Caracterização dos internamentos por cancro do colo do útero no Hospital Dr Agostinho Neto, em Cabo Verde: de 2010 a 2020”	IHMT NOVA	Deise Furtado	Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde de Cabo Verde	Aprovação	24 março 2022
“Infeção por <i>Pneumocystis jirovecii</i> em doentes seropositivos para VIH e suspeita de tuberculose pulmonar na Guiné-Bissau.”	IHMT NOVA	Olga Matos	Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde – Guiné Bissau	Favorável	3 março 2022
“Prevalência e fatores de risco de geohelmintas no setor de Safim, Região de Biombo, Guiné-Bissau.”	IHMT NOVA	Aidil Gomes	Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde – Guiné Bissau	Favorável	3 março 2022
“Análise comparativa de métodos parasitológicos e moleculares no diagnóstico de filariose linfática e coinfeção com outras filárias na Lunda Sul, Angola”	IHMT NOVA	Stela Mendes	Comité de Ética do INIS Instituto Nacional de Investigação em Saúde	Favorável	23 fevereiro 2022
“Planeamento estratégico em saúde no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”	IHMT NOVA	Ana Cristina Garcia	Comissão de Ética para a Saúde INSA	Favorável	3 janeiro 2022

Informação atualizada a 18 de maio 2de 2022

(1) Investigador principal ou Investigador responsável pelo contacto com a Comissão de Ética

Anexo 8. Questões/tópicos de sustentabilidade que fundamentam 68 indicadores de monitorização do modelo GAPFRAME

ANEXO 8. Questões/tópicos de sustentabilidade que fundamentam 68 indicadores de monitorização do modelo GAPFRAME

adaptados do Quadro de referência e Indicadores de monitorização do modelo GAPFRAME, de Muff et al*

* Muff K, Kapalka A, Dyllick T. The Gap Frame - Translating the SDGs into relevant national grand challenges for strategic business opportunities. Int J Manag Educ. 2017 Jul 1;15(2, Part B):363–83

Dimensões sustentabilidade	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (n=17)	Clusters de tópicos de sustentabilidade (n=24)	Tópicos/questões de sustentabilidade (que fundamentam os indicadores do GAPFRAME) (n=68)
Planeta	ODS 6 – Água potável e saneamento: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos	1. Biodiversidade	Extinção de animais
	ODS 7 – Energia limpa e acessível: Assegurar o acesso à energia confiável, sustentável, moderna e barata para todos	2. Emissões de carbono	Áreas protegidas de <i>habitats</i> terrestres
	ODS 13 – Ação contra a alteração global do clima: Tomar medidas urgentes para combater as alterações climáticas e seus impactos	3. Oceanos	Pegada de carbono
	ODS 14 – Vida marinha: Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável	4. Solo e floresta	Sobre exploração e, ou colapso dos recursos marinhos
	ODS 15 – Vida terrestre: Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade	5. Ar limpo	Consumo local de fosfatos
Sociedade	ODS 1 – Erradicação da pobreza: Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares	6. Água	Qualidade do solo (adaptação à proibição de pesticidas)
	ODS 2 – Fome zero e agricultura sustentável: Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável	7. Energia limpa	Agricultura biológica
	ODS 3 – Saúde e bem-estar Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades	8. Tratamento de resíduos	Risco de desertificação
	ODS 4 – Educação de qualidade Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos	9. Saúde	Exposição a micropartículas
	ODS 5 – Igualdade de género: Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas	10. Igualdade de oportunidades	Recursos hídricos renováveis
	11. Educação	Qualidade da água	
	12. Condições de vida	Energias renováveis	
	13. Integração social	Utilização doméstica de combustíveis sólidos	
	14. Qualidade de vida	Reutilização e reciclagem de resíduos sólidos urbanos	
	14. Qualidade de vida	Grau de tratamento de águas residuais	

Dimensões sustentabilidade	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (n=17)	Clusters de tópicos de sustentabilidade (n=24)	Tópicos/questions de sustentabilidade (que fundamentam os indicadores GAPFRAME) (n=68)	
Economia	ODS 8 – Trabalho decente e crescimento económico: Promover o crescimento económico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos	15. Emprego	Segurança no emprego Desemprego juvenil Desemprego em geral Trabalho escravo	
	ODS 9 – Indústria, inovação e infraestrutura: Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação		16. Afetação de recursos	Depleção dos recursos naturais Custo do consumo de energia primária
	ODS 10 – Redução das desigualdades: Reduzir a desigualdade dentro e entre os países		17. Consumo sustentável	Consumo total de carbono Tendências de poupança de energia
	ODS 11 – Cidades e comunidades sustentáveis: Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis		18. Produção sustentável	Relatório de sustentabilidade elaborado pelas empresas Terras agrícolas irrigadas Resiliência dos bancos Custo real dos combustíveis fósseis
	ODS 12 – Consumo e produção sustentáveis: Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis	19. Inovação		Facilidade de acesso a empréstimos, Disponibilidade de tecnologia de ponta, Grau de acesso à <i>Internet</i>
Governança	ODS 16 - Paz, justiça e instituições efetivas: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições efetivas, responsáveis e inclusivas em todos os níveis	20. Finanças públicas	Nível da dívida pública Saldo orçamental	
	ODS 17 – Parcerias e meios de implementação: Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável		21. Resiliência estrutural	Corrupção no setor público Tolerância para com os imigrantes Qualidade das infraestruturas gerais
		22. Paz e cooperação	Liberdade de associação Liberdade de circulação Força dos direitos legais Terrorismo	
			23. Integridade nos negócios	Negócios éticos Efetividade do anti monopólio Grau de suporte às empresas Incentivos para negócios justos e sustentáveis
			24. Transparência	Nível percebido de boa governação Independência do sistema judicial Consulta pública de propostas de regulamentos, Participação eleitoral Liberdade de expressão

Anexo 9. Resultados da análise estatística univariada dos dados recolhidos através do *questionário – questões de sustentabilidade*, aplicado no Estudo Específico 2 e no Estudo Específico 3 – abordagem global

Anexo 9. Resultados da análise estatística univariada dos dados recolhidos através do *questionário – questões de sustentabilidade*, aplicado no Estudo Específico 2 e no Estudo Específico 3 - abordagem global

Anexo 9.1. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações# atribuídas ao grau de importância da dimensão Sociedade, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75	Dimensão Sociedade (pilar Pessoa)*																	
	1. Fatores biológicos da Pessoa		2. Comportamentos individuais e de grupo		3. Educação		4. Condições de vida		5. Igualdade de oportunidades		6. Integração social		7. Organização dos serviços e prestação de cuidados		8. Qualidade de vida		9. Pessoas em contextos e ambientes específicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1																		
2	1	1,4							1	1,3								
3	1	1,4			2	2,7			1	1,3	1	1,4						
4	1	1,4			1	1,3	1	1,3	2	2,7	1	1,4	1	1,4	1	1,3	1	1,4
5	3	4,1			2	2,7			4	5,3	4	5,4			1	1,3	3	4,2
6	5	6,8	3	4,0	3	4,0	2	2,7	11	14,7	8	10,8	1	1,4	3	4,0	4	5,6
7	14	18,9	4	5,3	10	13,3	8	10,7	12	16,0	15	20,3	7	9,4	8	10,7	11	15,3
8	14	18,9	14	18,7	16	21,3	13	17,3	23	30,7	19	25,7	8	10,8	16	21,3	21	29,2
9	17	23,0	28	37,3	25	33,3	19	25,3	11	14,7	14	18,9	24	32,4	21	28,0	22	30,6
10	18	24,3	26	34,7	16	21,3	32	42,7	10	13,3	12	16,2	33	44,6	25	33,3	10	13,9
todas as respostas	74	100	75	100	75	100	75	100	75	100	74	100	74	100	75	100	72	100
sem opinião	0		0		0		0		0		0		1		0		3	

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 9.2. Parâmetros de tendência central, desvio padrão, quartis 25 e 75, e frequências acumuladas (%) acima do valor 8 das pontuações# atribuídas ao grau de importância da dimensão Sociedade, por questão de sustentabilidade e por área de trabalho, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75	Dimensão Sociedade (pilar Pessoa)*																										
	1. Fatores biológicos da Pessoa			2. Comportamentos individuais e de grupo			3. Educação			4. Condições de vida			5. Igualdade de oportunidades			6. Integração social			7. Organização dos serviços e prestação de cuidados			8. Qualidade de vida			9. Pessoas em contextos e ambientes específicos		
	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde
nº de respostas válidas	74	55	18	75	55	19	75	55	19	75	55	19	75	55	19	74	54	19	74	55	18	75	55	19	72	53	18
nº de respostas não válidas	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nº de respondentes sem opinião	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	2	1
valor mínimo registado	2	2	5	6	6	6	3	5	3	4	6	4	2	2	3	3	4	3	4	4	6	4	5	4	4	5	4
valor máximo registado	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
média	8,1	8,0	8,3	8,9	9,0	8,7	8,3	8,6	7,3	8,9	8,9	8,8	7,6	7,6	7,4	7,8	7,8	7,9	9,0	9,1	9,0	8,7	8,7	8,5	8,1	8,2	7,9
mediana	8,0	8,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	8,0	9,0	9,0	9,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	8,0	8,0	8,0
moda	10	7, 8, 9, 10	10	9	9	10	9	9	8	10	10	9 e 10	8	8	8	8	8	7 e 10	10	10	10	10	10	8 e 10	9	8	9
desvio padrão	1,8	1,8	1,7	1,1	0,9	1,4	1,6	1,2	2,2	1,3	1,2	1,5	1,7	1,7	2,0	1,6	1,5	1,9	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5	1,4	1,2	1,7
quartil 25	7,0	7,0	6,8	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	6,0	8,0	8,0	8,0	6,0	6,0	6,0	7,0	7,0	7,0	9,0	9,0	8,8	8,0	8,0	8,0	7,0	7,5	7,0
quartil 75	9,3	9,0	10	10	10	10	9,0	9,0	9,0	10	10	10	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	10	10	10	10	10	10	10	9,0	9,0	9,0
pontuações 9 ou 10 (%)	47,3	43,6	55,6	72,0	72,7	68,4	54,7	61,8	31,6	68,0	65,5	73,7	28,0	27,3	26,3	35,1	31,5	42,1	77,0	76,4	77,8	61,3	63,6	52,6	44,4	43,4	44,4
pontuação 10 (%)	24,3	21,8	33,3	34,7	34,5	36,8	21,3	23,6	10,5	42,7	45,5	36,8	13,3	12,7	15,8	16,2	13,0	26,3	44,6	45,5	44,4	33,3	34,5	31,6	13,9	13,2	16,7

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | % - frequência calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* | área saúde - área de trabalho no âmbito da saúde | externa à saúde - áreas de trabalho externas à saúde

Anexo 9.3. Distribuição de frequências absolutas e relativas das pontuações (%) atribuídas ao grau de importância da dimensão Economia, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75	Dimensão Economia (pilar Prosperidade)*									
	10. Emprego		11. Afetação de recursos		12. Consumo sustentável		13. Produção sustentável		14. Inovação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1										
2			1	1,4	1	1	2	3	1	1,4
3	1	1,4	1	1,4	2	2,7	1	1,5	1	1,4
4	1	1,4	3	4,2	1	1,4				
5	1	1,4	2	2,8	3	4,1	3	4,4	5	6,8
6	1	1,4	9	12,7	12	16,4	10	14,7	5	6,8
7	5	6,8	6	8,5	14	19,2	14	20,6	16	21,9
8	20	27,0	26	36,6	16	21,9	15	22,1	21	28,8
9	27	36,5	14	19,7	16	21,9	20	29,4	15	20,5
10	18	24,3	9	12,7	8	11,0	3	4,4	9	12,3
todas as respostas	74	100	71	100	73	100	68	100	73	100
sem opinião	0		3		2		7		2	

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 9.4. Parâmetros de tendência central, desvio padrão, quartis 25 e 75, e frequências acumuladas (%) acima do valor 8 das pontuações# atribuídas ao grau de importância da dimensão Economia, por questão de sustentabilidade e por área de trabalho, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75	Dimensão Economia (pilar Prosperidade)*														
	10. Emprego			11. Afetação de recursos			12. Consumo sustentável			13. Produção sustentável			14. Inovação		
	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde
nº de respostas válidas	74	54	19	71	52	18	73	54	18	68	51	16	73	54	18
nº de respostas não válidas	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nº de respondentes sem opinião	0	0	0	3	2	1	2	1	1	7	4	3	2	1	1
valor mínimo registado	3	4	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	5	2
valor máximo registado	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
média	8,6	8,6	8,6	7,7	7,9	7,2	7,5	7,7	6,9	7,5	7,6	7,2	7,7	8,0	6,9
mediana	9,0	9,0	9,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	6,5	8,0	8,0	7,5	8,0	8,0	7,0
moda	9	9 e 10	10	8	8	8	8	7	6	9	9	9	8	8	7
desvio padrão	1,3	1,3	1,6	1,7	1,6	2,1	1,8	1,5	2,4	1,7	1,5	2,3	1,6	1,4	2,1
quartil 25	8,0	8,0	8,0	7,0	7,0	6,0	6,0	7,0	5,8	7,0	7,0	6,0	7,0	7,0	5,8
quartil 75	9,3	9,0	10	9,0	8,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	8,3
pontuações 9 ou 10 (%)	60,8	61,1	63,2	32,4	34,6	27,8	32,9	33,3	33,3	33,8	31,4	43,8	32,9	35,2	22,2
pontuação 10 (%)	24,3	22,2	31,6	12,7	13,5	11,1	11,0	9,3	16,7	4,4	3,9	6,3	12,3	14,8	5,6

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | % - frequência calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* | área saúde - área de trabalho no âmbito da saúde | externa à saúde - áreas de trabalho externas à saúde

Anexo 9.5. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações[#] atribuídas ao grau de importância da dimensão Ambiente, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75	Dimensão Ambiente (pilar Planeta)*															
	15. Biodiversidade		16. Emissões de carbono		17. Oceanos		18. Solo e florestas		19. Ar limpo		20. Água		21. Energia limpa		22. Tratamento de resíduos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1			1	1,4	1	1,4	1	1,4					1	1,4		
2	2	2,7	2	2,7	2	3	2	3	1	1,4			1	1,4		
3																
4	3	4,1	1	1,4	1	1,4	1	1,4					1	1,4	2	2,7
5	2	2,7	1	1,4	1	1,4	1	1,4	1	1,4	3	4,2	2	2,7	1	1,4
6	7	9,6	3	4,1	7	9,9	5	6,9	4	5,4	5	6,9	4	5,5	5	6,8
7	8	11,0	9	12,3	5	7,0	6	8,3	6	8,1	3	4,2	10	13,7	7	9,6
8	15	20,5	16	21,9	18	25,4	17	23,6	14	18,9	10	13,9	17	23,3	15	20,5
9	25	34,2	20	27,4	19	26,8	21	29,2	24	32,4	22	30,6	25	34,2	21	28,8
10	11	15,1	20	27,4	17	23,9	18	25,0	24	32,4	29	40,3	12	16,4	22	30,1
todas as respostas	73	100	73	100	71	100	72	100	74	100	72	100	73	100	73	100
sem opinião	2		2		2		2		1		2		2		2	

Legenda: [#]medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 9.6. Parâmetros de tendência central, desvio padrão, quartis 25 e 75, e frequências acumuladas (%) acima do valor 8 das pontuações atribuídas ao grau de importância da dimensão Ambiente, por questão de sustentabilidade e por área de trabalho, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75	Dimensão Ambiente (pilar Planeta)*																							
	15. Biodiversidade			16. Emissões de carbono			17. Oceanos			18. Solo e florestas			19. Ar limpo			20. Água			21. Energia limpa			22. Tratamento de resíduos		
	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde
nº de respostas válidas	73	55	18	73	55	18	71	54	17	72	54	18	74	55	18	72	54	18	73	55	18	73	55	18
nº de respostas não válidas	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
nº de respondentes sem opinião	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	1	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1
valor mínimo registado	2	4	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	6	2	5	5	5	1	1	2	4	4	4
valor máximo registado	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
média	7,9	8,1	7,3	8,3	8,4	7,9	8,1	8,3	7,4	8,2	8,4	7,7	8,7	8,8	8,3	8,8	8,9	8,5	8,1	8,2	7,7	8,5	8,6	8,1
mediana	8,0	9,0	8,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	8,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	8,0	9,0	9,0	8,0
moda	9	9 e 10	10	9	9	10	9	9 e 10	9	9	9 e 10	9	9	9	10	10	10	10	9	9	8	10	9	10
desvio padrão	1,8	1,5	2,6	1,9	1,6	2,6	2,0	1,7	2,6	1,9	1,6	2,6	1,5	1,1	2,2	1,5	1,3	1,7	1,7	1,6	2,1	1,5	1,3	1,8
quartil 25	7,0	7,0	6,0	8,0	8,0	7,0	8,0	8,0	6,0	8,0	8,0	6,8	8,0	8,0	7,0	8,0	8,0	7,8	7,0	7,0	7,0	8,0	8,0	7,0
quartil 75	9,0	9,0	9,3	10	10	10	9,0	9,3	9,5	9,8	9,3	10	10	10	9,0	10	10	10	9,0	9,0	9,0	10	10	10
pontuações 9 ou 10 (%)	49,3	52,7	38,9	54,8	54,5	55,6	50,7	53,7	41,2	54,2	53,7	55,6	64,9	65,5	61,1	70,8	74,1	61,1	50,7	54,5	38,9	58,9	63,6	44,4
pontuação 10 (%)	15,1	12,7	22,2	27,4	25,5	33,3	23,9	24,1	23,5	25,0	24,1	27,8	32,4	30,9	38,9	40,3	40,7	38,9	16,4	16,4	16,7	30,1	29,1	33,3

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | % - frequência calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* | área saúde - área de trabalho no âmbito da saúde | externa à saúde - áreas de trabalho externas à saúde

Anexo 9.7. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações# atribuídas ao grau de importância da dimensão Governação, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75		Dimensão Governação (pilar Paz e pilar Parcerias)*																				
		23. Paz		24. Equidade		25. Parcerias locais		26. Parcerias entre comunidades		27. Parcerias nacionais		28. Parcerias internacionais		29. Finanças Públicas		30. Resiliência estrutural		31. Integridade nos negócios		32. Transparência		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1																						
2			1	1,3																		
3	1	1,3	1	1,3			1	1,4			2	2,7	2	2,7								
4							1	1,4	2	2,7				1	1,4	3	4,3	1	1,4			
5	2	2,7	1	1,3	1	1,4	1	1,4			2	2,7	3	4,1	2	2,7	1	1,4	2	2,8		
6	5	6,7	3	4,0	5	6,8	7	9,6	8	10,8	7	9,6	7	9,5	7	9,6	5	7,1	2	2,8		
7	4	5,3	6	8,0	4	5,5	7	9,6	5	6,8	9	12,3	8	10,8	7	9,6	11	15,7	6	8,5		
8	16	21,3	17	22,7	26	35,6	19	26,0	22	29,7	15	20,5	20	27,0	14	19,2	15	21,4	15	21,1		
9	11	14,7	19	25,3	24	32,9	26	35,6	26	35,1	23	31,5	22	29,7	20	27,4	20	28,6	19	26,8		
10	36	48,0	27	36,0	13	17,8	11	15,1	11	14,9	15	20,5	12	16,2	22	30,1	15	21,4	26	36,6		
todas as respostas	75	100	75	100	73	100	73	100	74	100	73	100	74	100	73	100	70	100	71	100		
sem opinião	0		0		1		1		1		0		1		2		3		3			

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 9.8. Parâmetros de tendência central, desvio padrão, quartis 25 e 75, e frequências acumuladas (%) acima do valor 8 das pontuações# atribuídas ao grau de importância da dimensão Governação, por questão de sustentabilidade e por área de trabalho, Portugal, dezembro 2021

número total de respondentes =75	Dimensão Governação (pilar Paz e pilar Parcerias)*																													
	23. Paz			24. Equidade			25. Parcerias locais			26. Parcerias entre comunidades			27. Parcerias nacionais			28. Parcerias internacionais			29. Finanças Públicas			30. Resiliência estrutural			31. Integridade nos negócios			32. Transparência		
	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde	total	área saúde	externa à saúde
nº de respostas válidas	75	55	19	75	55	19	73	54	18	73	53	19	74	54	19	73	54	18	74	54	19	73	54	18	70	52	17	71	53	17
nº de respostas não válidas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0
nº de respondentes sem opinião	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	3	1	2	3	1	2
valor mínimo registado	3	6	3	2	2	3	5	6	5	3	6	3	4	6	4	3	5	3	3	6	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4
valor máximo registado	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
média	8,8	9,0	8,3	8,6	8,9	8,0	8,5	8,7	7,8	8,2	8,6	7,1	8,3	8,5	7,5	8,2	8,7	6,8	8,1	8,5	6,8	8,5	8,7	7,7	8,2	8,5	7,4	8,7	9,0	8,1
mediana	9,0	9,0	10	9,0	9,0	8,0	9,0	9,0	8,0	9,0	9,0	7,0	8,5	9,0	8,0	9,0	9,0	6,5	8,0	9,0	7,0	9,0	9,0	7,5	8,5	9,0	7,0	9,0	9,0	8,0
moda	10	10	10	10	10	10	8	8	9	9	9	8	9	9	9	9	9	6	9	9	9	10	10	7	9	9	7	10	10	9
desvio padrão	1,6	1,2	2,3	1,6	1,4	2,0	1,1	0,9	1,5	1,5	1,1	1,9	1,4	1,1	1,8	1,6	1,8	2,0	1,6	1,5	2,0	1,5	1,3	1,8	1,6	1,5	1,7	1,4	1,3	1,4
quartil 25	8,0	8,0	6,0	8,0	8,0	6,0	8,0	8,0	6,0	8,0	8,0	6,0	8,0	8,0	6,0	7,0	8,0	6,0	8,0	8,0	5,0	8,0	8,0	6,8	7,0	8,0	7,0	8,0	8,0	7,0
pontuação 10 (%)	48,0	47,3	52,6	36,0	40,0	26,3	17,8	20,4	11,1	15,1	17,0	10,5	14,9	16,7	10,5	20,5	25,9	5,6	16,2	20,4	5,3	30,1	35,2	16,7	21,4	26,9	5,9	36,6	45,3	11,8

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | % - frequência calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* | área saúde - área de trabalho no âmbito da saúde | externa à saúde - áreas de trabalho externas à saúde

Anexo 10. Matrizes de correlação entre itens para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach

Anexo 10. Matrizes de correlação entre itens para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach

Anexo 10.1. Matriz de correlação entre itens para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Sociedade

Matriz de correlações entre itens

	1.1 Fatores biológicos da Pessoa	1.2 Comportamentos individuais e de grupo	1.3 Educação	1.4 Condições de vida	1.5 Igualdade de oportunidades	1.6 Integração social	1.7 Organização dos serviços e prestação de cuidados	1.8 Qualidade de vida	1.9 Pessoas em contextos e ambientes específicos
1.1 Fatores biológicos da Pessoa	1,000	,075	-,008	,036	-,080	-,008	,186	,001	,171
1.2 Comportamentos individuais e de grupo	,075	1,000	,339	,136	,198	,118	,061	,118	,233
1.3 Educação	-,008	,339	1,000	,481	,575	,548	,051	,492	,411
1.4 Condições de vida	,036	,136	,481	1,000	,490	,321	,151	,512	,392
1.5 Igualdade de oportunidades	-,080	,198	,575	,490	1,000	,678	,141	,495	,359
1.6 Integração social	-,008	,118	,548	,321	,678	1,000	,141	,437	,453
1.7 Organização dos serviços e prestação de cuidados	,186	,061	,051	,151	,141	,141	1,000	,133	,276
1.8 Qualidade de vida	,001	,118	,492	,512	,495	,437	,133	1,000	,556
1.9 Pessoas em contextos e ambientes específicos	,171	,233	,411	,392	,359	,453	,276	,556	1,000

Fonte: IBM SPSS® Statistics Version 26

Anexo 10.2. Matriz de correlação entre itens para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Economia

Matriz de correlações entre itens

	1.10 Emprego	1.11 Afetação de recursos	1.12 Consumo sustentável	1.13 Produção sustentável	1.14 Inovação
1.10 Emprego	1,000	,415	,433	,262	,209
1.11 Afetação de recursos	,415	1,000	,786	,765	,377
1.12 Consumo sustentável	,433	,786	1,000	,696	,422
1.13 Produção sustentável	,262	,765	,696	1,000	,605
1.14 Inovação	,209	,377	,422	,605	1,000

Fonte: IBM SPSS® *Statistics Version 26*

Anexo 10.3. Matriz de correlação entre itens para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Ambiente

Matriz de correlações entre itens

	1.15 Biodiversidad e	1.16 Emissões de carbono	1.17 Oceanos	1.18 Solo e florestas	1.19 Ar limpo	1.20 Água	1.21 Energia limpa	1.22 Tratamento de resíduos
1.15 Biodiversidade	1,000	,683	,667	,676	,699	,669	,625	,625
1.16 Emissões de carbono	,683	1,000	,915	,889	,713	,838	,859	,758
1.17 Oceanos	,667	,915	1,000	,947	,744	,892	,889	,817
1.18 Solo e florestas	,676	,889	,947	1,000	,776	,876	,878	,777
1.19 Ar limpo	,699	,713	,744	,776	1,000	,793	,758	,689
1.20 Água	,669	,838	,892	,876	,793	1,000	,890	,837
1.21 Energia limpa	,625	,859	,889	,878	,758	,890	1,000	,825
1.22 Tratamento de resíduos	,625	,758	,817	,777	,689	,837	,825	1,000

Fonte: IBM SPSS® *Statistics Version 26*

Anexo 10.4. Matriz de correlação entre itens para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Governança

Matriz de correlações entre itens

	2.1 Paz	2.2 Equidade	2.3 Parcerias locais	2.4 Parcerias entre comunidades	2.5 Parcerias nacionais	2.6 Parcerias internacionais	2.7 Finanças Públicas	2.8 Resiliência estrutural	2.9 Integridade nos negócios	2.10 Transparência
2.1 Paz	1,000	,555	,402	,407	,294	,273	,234	,513	,334	,389
2.2 Equidade	,555	1,000	,390	,417	,356	,341	,317	,512	,572	,522
2.3 Parcerias locais	,402	,390	1,000	,837	,852	,719	,453	,496	,353	,362
2.4 Parcerias entre comunidades	,407	,417	,837	1,000	,825	,718	,507	,469	,484	,449
2.5 Parcerias nacionais	,294	,356	,852	,825	1,000	,782	,427	,434	,410	,359
2.6 Parcerias internacionais	,273	,341	,719	,718	,782	1,000	,617	,535	,370	,344
2.7 Finanças Públicas	,234	,317	,453	,507	,427	,617	1,000	,568	,485	,449
2.8 Resiliência estrutural	,513	,512	,496	,469	,434	,535	,568	1,000	,686	,636
2.9 Integridade nos negócios	,334	,572	,353	,484	,410	,370	,485	,686	1,000	,768
2.10 Transparência	,389	,522	,362	,449	,359	,344	,449	,636	,768	1,000

Fonte: IBM SPSS® Statistics Version 26

Anexo 11. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach

Anexo 11. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach

Anexo 11.1. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – todas as dimensões

	Estatísticas de item-total				
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1.1 Fatores biológicos da Pessoa	253,42	1029,037	,068	,399	,932
1.2 Comportamentos individuais e de grupo	252,56	1024,556	,208	,484	,930
1.3 Educação	253,21	985,330	,517	,802	,927
1.4 Condições de vida	252,60	997,242	,510	,727	,927
1.5 Igualdade de oportunidades	253,95	989,343	,437	,751	,928
1.6 Integração social	253,69	996,016	,415	,811	,928
1.7 Organização dos serviços e prestação de cuidados	252,45	1025,458	,171	,472	,930
1.8 Qualidade de vida	252,83	994,791	,511	,756	,927
1.9 Pessoas em contextos e ambientes específicos	253,35	995,276	,509	,732	,927
1.10 Emprego	252,89	992,212	,544	,734	,927
1.11 Afetação de recursos	254,10	958,142	,542	,857	,927
1.12 Consumo sustentável	254,17	945,010	,693	,855	,925
1.13 Produção sustentável	254,39	965,756	,469	,845	,928
1.14 Inovação	253,96	974,591	,482	,778	,928
1.15 Biodiversidade	253,77	939,710	,698	,818	,924
1.16 Emissões de carbono	253,45	930,190	,740	,939	,924
1.17 Oceanos	253,56	927,047	,760	,974	,923
1.18 Solo e florestas	253,53	928,828	,750	,968	,924
1.19 Ar limpo	252,95	959,949	,704	,855	,925
1.20 Água	252,99	951,280	,660	,963	,925
1.21 Energia limpa	253,60	941,927	,703	,937	,924
1.22 Tratamento de resíduos	253,21	953,708	,660	,923	,925
2.1 Paz	252,72	987,435	,513	,710	,927
2.2 Equidade	252,87	976,358	,615	,765	,926
2.3 Parcerias locais	253,17	995,739	,443	,931	,928
2.4 Parcerias entre comunidades	253,41	984,826	,481	,932	,927
2.5 Parcerias nacionais	253,35	993,697	,417	,911	,928
2.6 Parcerias internacionais	253,29	999,203	,380	,800	,928
2.7 Finanças Públicas	253,42	1000,051	,375	,656	,929
2.8 Resiliência estrutural	253,17	983,532	,477	,852	,927
2.9 Integridade nos negócios	253,37	983,828	,470	,886	,928
2.10 Transparência	252,90	986,442	,474	,867	,927

Fonte: IBM SPSS® Statistics Version 26

Anexo 11.2. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Sociedade

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1.1 Fatores biológicos da Pessoa	67,31	54,064	,055	,083	,811
1.2 Comportamentos individuais e de grupo	66,45	53,398	,262	,161	,765
1.3 Educação	67,11	42,968	,622	,505	,712
1.4 Condições de vida	66,49	47,525	,538	,389	,730
1.5 Igualdade de oportunidades	67,84	41,818	,616	,587	,712
1.6 Integração social	67,58	43,739	,592	,552	,717
1.7 Organização dos serviços e prestação de cuidados	66,34	53,219	,229	,115	,770
1.8 Qualidade de vida	66,72	46,048	,590	,474	,722
1.9 Pessoas em contextos e ambientes específicos	67,24	45,873	,606	,448	,720

Fonte: IBM SPSS® *Statistics Version 26*

Anexo 11.3. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Economia

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1.10 Emprego	29,35	54,867	,392	,229	,864
1.11 Afetação de recursos	30,56	37,450	,781	,734	,767
1.12 Consumo sustentável	30,63	39,325	,774	,659	,771
1.13 Produção sustentável	30,85	36,371	,795	,719	,762
1.14 Inovação	30,42	46,274	,507	,400	,844

Fonte: IBM SPSS® Statistics Version 26

Anexo 11.4. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Ambiente

Estatísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1.15 Biodiversidade	58,60	122,894	,717	,574	,970
1.16 Emissões de carbono	58,27	114,909	,902	,858	,959
1.17 Oceanos	58,39	113,103	,940	,936	,956
1.18 Solo e florestas	58,35	113,742	,930	,913	,957
1.19 Ar limpo	57,88	126,587	,810	,705	,964
1.20 Água	57,80	121,979	,922	,870	,958
1.21 Energia limpa	58,42	118,110	,909	,860	,958
1.22 Tratamento de resíduos	58,03	125,425	,838	,748	,963

Fonte: IBM SPSS® *Statistics Version 26*

Anexo 11.5. Estatísticas de item-total para as dimensões de sustentabilidade estudadas na análise de Cronbach – dimensão Governança

Estatísticas de item-total					
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
2.1 Paz	75,12	97,929	,499	,462	,905
2.2 Equidade	75,27	94,758	,594	,490	,899
2.3 Parcerias locais	75,45	97,947	,731	,817	,892
2.4 Parcerias entre comunidades	75,70	92,379	,765	,797	,888
2.5 Parcerias nacionais	75,63	95,298	,703	,827	,892
2.6 Parcerias internacionais	75,71	92,080	,697	,742	,892
2.7 Finanças Públicas	75,85	94,878	,604	,514	,898
2.8 Resiliência estrutural	75,45	92,294	,739	,691	,889
2.9 Integridade nos negócios	75,66	93,533	,674	,737	,893
2.10 Transparência	75,18	96,398	,647	,626	,895

Fonte: IBM SPSS® Statistics Version 26

Anexo 12. Resultados da análise estatística univariada dos dados recolhidos através do *questionário – questões de sustentabilidade* e utilizados especificamente no Estudo Específico 3 (estudo de materialidade)

Anexo 12. Resultados da análise estatística univariada dos dados recolhidos através do *questionário – questões de sustentabilidade e utilizados especificamente no Estudo Específico 3 (estudo de materialidade)*

Anexo 12.1. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações[#] atribuídas pelos *stakeholders* da área da saúde, ao grau de importância da dimensão Sociedade por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREA DA SAÚDE	Dimensão Sociedade (pilar Pessoa)*																	
	1. Fatores biológicos da Pessoa		2. Comportamentos individuais e de grupo		3. Educação		4. Condições de vida		5. Igualdade de oportunidades		6. Integração social		7. Organização dos serviços e prestação de cuidados		8. Qualidade de vida		9. Pessoas em contextos e ambientes específicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1																		
2	1	1,8							1	1,8								
3	1	1,8																
4	1	1,8							1	1,8	1	1,9	1	1,8				
5	2	3,6			1	1,8			3	5,5	3	5,6			1	1,8	2	3,8
6	2	3,6	1	1,8	2	3,6	2	3,6	9	16,4	7	13,0			3	5,5	3	5,7
7	12	21,8	2	3,6	8	14,5	7	12,7	8	14,5	10	18,5	5	9,1	6	10,9	8	15,1
8	12	21,8	12	21,8	10	18,2	10	18,2	18	32,7	16	29,6	7	12,7	10	18,2	17	32,1
9	12	21,8	21	38,2	21	38,2	11	20,0	8	14,5	10	18,5	17	30,9	16	29,1	16	30,2
10	12	21,8	19	34,5	13	23,6	25	45,5	7	12,7	7	13,0	25	45,5	19	34,5	7	13,2
todas as respostas	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	54	100	55	100	55	100	53	100

Legenda: [#]medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 12.2. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações# atribuídas pelos *stakeholders* das áreas externas à saúde, ao grau de importância da dimensão Sociedade por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREAS EXTERNAS À SAÚDE	Dimensão Sociedade (pilar Pessoa)*																	
	1. Fatores biológicos da Pessoa		2. Comportamentos individuais e de grupo		3. Educação		4. Condições de vida		5. Igualdade de oportunidades		6. Integração social		7. Organização dos serviços e prestação de cuidados		8. Qualidade de vida		9. Pessoas em contextos e ambientes específicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
número total de respondentes =19																		
1																		
2																		
3					2	10,5			1	5,3	1	5,3						
4					1	5,3	1	5,3	1	5,3					1	5,3	1	5,6
5	1	5,6			1	5,3			1	5,3	1	5,3					1	5,6
6	3	16,7	2	10,5	1	5,3			2	10,5	1	5,3	1	5,6			1	5,6
7	2	11,1	2	10,5	2	10,5	1	5,3	4	21,1	5	26,3	2	11,1	2	10,5	3	16,7
8	2	11,1	2	10,5	6	31,6	3	15,8	5	26,3	3	15,8	1	5,6	6	31,6	4	22,2
9	4	22,2	6	31,6	4	21,1	7	36,8	2	10,5	3	15,8	6	33,3	4	21,1	5	27,8
10	6	33,3	7	36,8	2	10,5	7	36,8	3	15,8	5	26,3	8	44,4	6	31,6	3	16,7
todas as respostas	18	100	19	100	19	100	19	100	19	100	19	100	18	100	19	100	18	100

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 12.3. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações[#] atribuídas pelos *stakeholders* da área da saúde ao grau de importância da dimensão Economia, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREA DA SAÚDE	Dimensão Economia (pilar Prosperidade)*									
	10. Emprego		11. Afetação de recursos		12. Consumo sustentável		13. Produção sustentável		14. Inovação	
número total de respondentes =55	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1										
2							1	2		
3			1	1,9	1	1,9				
4	1	1,9	2	3,8						
5	1	1,9	1	1,9	2	3,7	3	5,9	3	5,6
6	1	1,9	5	9,6	7	13,0	6	11,8	4	7,4
7	4	7,4	6	11,5	13	24,1	12	23,5	11	20,4
8	14	25,9	19	36,5	13	24,1	13	25,5	17	31,5
9	21	38,9	11	21,2	13	24,1	14	27,5	11	20,4
10	12	22,2	7	13,5	5	9,3	2	3,9	8	14,8
todas as respostas	54	100	52	100	54	100	51	100	54	100

Legenda: [#]medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 12.4. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações[#] atribuídas pelos *stakeholders* das áreas externas à saúde ao grau de importância da dimensão Economia, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREAS EXTERNAS À SAÚDE	Dimensão Economia (pilar Prosperidade)*									
	10. Emprego		11. Afetação de recursos		12. Consumo sustentável		13. Produção sustentável		14. Inovação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
número total de respondentes =19										
1										
2			1	5,6	1	6	1	6	1	5,6
3	1	5,3			1	5,6	1	6,3	1	5,6
4			1	5,6	1	5,6				
5			1	5,6	1	5,6			2	11,1
6			4	22,2	5	27,8	4	25,0	1	5,6
7	1	5,3			1	5,6	2	12,5	5	27,8
8	5	26,3	6	33,3	2	11,1	1	6,3	4	22,2
9	6	31,6	3	16,7	3	16,7	6	37,5	3	16,7
10	6	31,6	2	11,1	3	16,7	1	6,3	1	5,6
todas as respostas	19	100	18	100	18	100	16	100	18	100

Legenda: [#]medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 12.5. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações[#] atribuídas pelos *stakeholders* da área da saúde ao grau de importância da dimensão Ambiente, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREA DA SAÚDE	Dimensão Ambiente (pilar Planeta)*															
	15. Biodiversidade		16. Emissões de carbono		17. Oceanos		18. Solo e florestas		19. Ar limpo		20. Água		21. Energia limpa		22. Tratamento de resíduos	
número total de respondentes =55	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1			1	1,8	1	1,9	1	1,9					1	1,8		
2																
3																
4	2	3,6													1	1,8
5	2	3,6	1	1,8	1	1,9	1	1,9			1	1,9	1	1,8		
6	4	7,3	3	5,5	5	9,3	4	7,4	3	5,5	4	7,4	4	7,3	4	7,3
7	7	12,7	7	12,7	4	7,4	4	7,4	4	7,3	2	3,7	8	14,5	4	7,3
8	11	20,0	13	23,6	14	25,9	15	27,8	12	21,8	7	13,0	11	20,0	11	20,0
9	22	40,0	16	29,1	16	29,6	16	29,6	19	34,5	18	33,3	21	38,2	19	34,5
10	7	12,7	14	25,5	13	24,1	13	24,1	17	30,9	22	40,7	9	16,4	16	29,1
todas as respostas	55	100	55	100	54	100	54	100	55	100	54	100	55	100	55	100

Legenda: [#]medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 12.6. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações[#] atribuídas pelos *stakeholders* das áreas externas à saúde ao grau de importância da dimensão Ambiente, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREAS EXTERNAS À SAÚDE	Dimensão Ambiente (pilar Planeta)*															
	15. Biodiversidade		16. Emissões de carbono		17. Oceanos		18. Solo e florestas		19. Ar limpo		20. Água		21. Energia limpa		22. Tratamento de resíduos	
número total de respondentes =19	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1																
2	2	11,1	2	11,1	2	12	2	11	1	5,6			1	5,6		
3																
4	1	5,6	1	5,6	1	5,9	1	5,6					1	5,6	1	5,6
5									1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6
6	3	16,7			2	11,8	1	5,6	1	5,6	1	5,6			1	5,6
7	1	5,6	2	11,1	1	5,9	2	11,1	2	11,1	1	5,6	2	11,1	3	16,7
8	4	22,2	3	16,7	4	23,5	2	11,1	2	11,1	3	16,7	6	33,3	4	22,2
9	3	16,7	4	22,2	3	17,6	5	27,8	4	22,2	4	22,2	4	22,2	2	11,1
10	4	22,2	6	33,3	4	23,5	5	27,8	7	38,9	7	38,9	3	16,7	6	33,3
todas as respostas	18	100	18	100	17	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100

Legenda: [#]medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 12.7. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações# atribuídas pelos *stakeholders* da área da saúde ao grau de importância da dimensão Governação, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREA DA SAÚDE	Dimensão Governação (pilar Paz e pilar Parcerias)*																				
	23. Paz		24. Equidade		25. Parcerias locais		26. Parcerias entre comunidades		27. Parcerias nacionais		28. Parcerias internacionais		29. Finanças Públicas		30. Resiliência estrutural		31. Integridade nos negócios		32. Transparência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
número total de respondentes =55																					
1																					
2			1	1,8																	
3																					
4																	1	1,9	1	1,9	
5											1	1,9		1	1,9	1	1,9	1	1,9	1	1,9
6	3	5,5			1	1,9	3	5,7	4	7,4	1	1,9	4	7,4	5	9,3	4	7,7			
7	2	3,6	4	7,3	2	3,7	4	7,5	3	5,6	8	14,8	5	9,3	2	3,7	5	9,6	3	5,7	
8	14	25,5	13	23,6	22	40,7	14	26,4	17	31,5	10	18,5	16	29,6	11	20,4	11	21,2	11	20,8	
9	10	18,2	15	27,3	18	33,3	23	43,4	21	38,9	20	37,0	18	33,3	16	29,6	16	30,8	13	24,5	
10	26	47,3	22	40,0	11	20,4	9	17,0	9	16,7	14	25,9	11	20,4	19	35,2	14	26,9	24	45,3	
todas as respostas	55	100	55	100	54	100	53	100	54	100	54	100	54	100	54	100	52	100	53	100	

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*

Anexo 12.8. Distribuição de frequências absolutas e relativas (%) das pontuações# atribuídas pelos *stakeholders* das áreas externas à saúde ao grau de importância da dimensão Governança, por questão de sustentabilidade, Portugal, dezembro 2021

ÁREAS EXTERNAS À SAÚDE	Dimensão Governança (pilar Paz e pilar Parcerias)*																					
	23. Paz		24. Equidade		25. Parcerias locais		26. Parcerias entre comunidades		27. Parcerias nacionais		28. Parcerias internacionais		29. Finanças Públicas		30. Resiliência estrutural		31. Integridade nos negócios		32. Transparência			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
número total de respondentes =19																						
1																						
2																						
3	1	5,3	1	5,3			1	5,3			2	11,1	2	10,5								
4							1	5,3	2	10,5					1	5,6	2	11,8				
5	2	10,5	1	5,3	1	5,6	1	5,3			1	5,6	3	15,8	1	5,6					1	5,9
6	2	10,5	3	15,8	4	22,2	4	21,1	4	21,1	6	33,3	3	15,8	2	11,1	1	5,9	1	5,9		
7	1	5,3	1	5,3	2	11,1	3	15,8	2	10,5	1	5,6	3	15,8	5	27,8	6	35,3	3	17,6		
8	2	10,5	4	21,1	4	22,2	5	26,3	4	21,1	4	22,2	3	15,8	2	11,1	3	17,6	4	23,5		
9	1	5,3	4	21,1	5	27,8	2	10,5	5	26,3	3	16,7	4	21,1	4	22,2	4	23,5	6	35,3		
10	10	52,6	5	26,3	2	11,1	2	10,5	2	10,5	1	5,6	1	5,3	3	16,7	1	5,9	2	11,8		
todas as respostas	19	100	19	100	18	100	19	100	19	100	18	100	19	100	18	100	17	100	17	100		

Legenda: #medição por escala tipo Likert de 1 (sem importância) a 10 (muito importante) | n - frequência absoluta | % - frequência relativa calculada em relação ao total de respostas válidas e excluindo os *sem opinião* | *pilar segundo a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*