

CICLO DE ESTUDOS: MESTRADO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A governação local e os cuidados de saúde: uma análise documental aos planos municipais de saúde em Portugal

Cisaltina Pinto

M

2023

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOÃO VASCO NUNES DOS SANTOS
COORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA MARTA DORA ORNELAS

A governação local e os cuidados de saúde: uma análise documental aos planos municipais de saúde em Portugal

Cisaltina Maria Sousa

ALUNA DO MESTRADO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

M

2023

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR JOÃO VASCO NUNES DOS SANTOS

COORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA MARTA DORA ORNELAS

Dissertação submetida como requisito para obtenção do grau de mestre em Cuidados de Saúde Primários, apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.

***“Só quem se dedica a uma causa de alma e coração
pode vir a ser um verdadeiro mestre. Por conseguinte,
a mestria exige tudo da pessoa”.***

Albert Einstein

Agradecimentos

Ao meu filho Santiago e ao meu marido Pedro, por darem sentido a tudo, por serem a minha fonte de amor, de alegria e motivação.

A toda a minha família, em particular à minha mãe e ao meu irmão Maurício, porto seguro nos momentos de maior dificuldade.

Aos meus amigos e, a toda a equipa do CS Dr. Rui Adriano de Freitas, por me apoiarem e nunca me deixarem desistir.

Ao meu orientador Dr. João Vasco Santos e à minha Coorientadora Dra. Marta Ornelas, pelo apoio, disponibilidade e partilha de conhecimentos, que permitiram a elaboração desta tese.

A toda a estrutura organizacional do SESARAM, EPERAM (Conselho de Administração, Direção de Enfermagem, Comissão de Ética e Recursos Humanos) e à Secretaria Regional da Saúde da Madeira, pela disponibilização das condições necessárias à elaboração da tese, enquanto trabalhadora da instituição.

Ao Dr. Hugo Marcelo Vieira e à Dra. Vera Pinheiro pela partilha de conhecimentos, essenciais na elaboração da framework de trabalho.

À FMUP, e em particular à equipa envolvida no Mestrado em Cuidados de Saúde Primários pela disponibilidade e ajuda prestadas.

Finalmente dedico este trabalho ao meu irmão Celso, que faleceu no início desta minha caminhada académica, mas que é sempre a minha companhia, luz e força inspiradora em todos os momentos.

Resumo

Aos governos compete a responsabilidade pela saúde da sua população, pelo desenvolvimento de medidas de saúde e sociais adequadas, sendo que estes devem formular políticas, estratégias e planos de ação, em coordenação com outros sectores, mobilizando os recursos disponíveis e utilizando-os racionalmente, pressuposto este já definido na Declaração de Alma Ata.

A descentralização da saúde e a corresponsabilização dos diferentes agentes implicados (na área social e da saúde), são fatores de proximidade para as comunidades.

A maioria dos municípios portugueses, têm vindo a desenvolver planos de desenvolvimento social, nos quais incluem a componente da saúde. Alguns possuem estratégias locais de saúde, nas quais se incluem os planos municipais de saúde e perfil de saúde das comunidades.

O plano municipal de saúde é um instrumento de planeamento estratégico, e de gestão, que deverá ser utilizado pelas Câmaras Municipais, na construção e definição das estratégias de promoção da saúde, a serem implementadas nas suas próprias comunidades.

Atendendo tratar-se de uma área importante para os cuidados de saúde e, para a definição das políticas de saúde locais, pretende-se com esta tese descrever e analisar os componentes estruturais dos planos municipais de saúde em Portugal, bem como a sua atividade intersectorial com os serviços de saúde. A elaboração de uma framework de avaliação dos Planos Municipais de Saúde/Estratégias Municipais de Saúde, proposta como ferramenta de apoio na elaboração futura destes documentos de gestão, foi também um objetivo desta tese de mestrado em Cuidados de Saúde Primários.

Realizou-se um estudo descritivo, de natureza retrospectiva que decorreu no período compreendido entre setembro de 2022 e julho de 2023, no qual foram realizadas todas as atividades planeadas.

Fez-se a recolha dos planos municipais de saúde existentes em Portugal, num total de 308 municípios, sendo a amostra consoante os documentos existentes, recolhidos nos websites municipais (pesquisa 'online') e disponibilizados pelos próprios municípios, que foram contactados por email. O critério de inclusão foi a existência e disponibilização dos planos municipais de saúde em Portugal (ou alguns designados por estratégias municipais de saúde), independentemente do seu período de vigência.

Foi definida como metodologia de análise dos planos municipais de saúde portugueses colhidos, a revisão documental (“document review”), pois consiste num dos principais métodos qualitativos na área da pesquisa das políticas de saúde. A framework depois de elaborada, foi discutida e ajustada, utilizando uma metodologia de consenso, com elementos de referência nacional, na área em estudo.

A temática da governação local e dos cuidados de saúde, apresenta vários desafios e oportunidades aos governantes, aos representantes da saúde local, a outros agentes sociais e às próprias comunidades. Constitui assim uma prioridade a definição de políticas de saúde locais e, a elaboração de estratégias locais de saúde, com a existência de planos municipais como guias orientadores das práticas e atividades a implementar.

Conclui-se que apesar de uma grande preocupação e interesse da governação local pela promoção da saúde das suas comunidades, existe ainda uma evidente escassez na elaboração de planos municipais de saúde, como parte integrante das estratégias de saúde locais. Também no que concerne à sua estrutura existe alguma heterogeneidade na forma de apresentação dos seus componentes estruturais. Salienta-se nos documentos consultados o trabalho intersectorial desenvolvido entre os governos locais e as entidades representativas dos cuidados de saúde, fundamentalmente ao nível dos cuidados de saúde primários.

Abstract

Governments are responsible for the health of their population, for developing appropriate health and social measures, and for formulating policies, strategies and action plans, in coordination with other sectors, mobilizing available resources and using them rationally, as defined in the Alma Ata Declaration.

The decentralisation of health and the co-responsibility of the different actors involved (in the social and health area) are factors of proximity to the communities.

Most Portuguese municipalities have been developing social development plans, which include the health component. Some have local health strategies, which include municipal health plans and community health profiles.

The municipal health plan is a strategic planning and management tool that should be used by municipalities to build and define health promotion strategies to be implemented in their own communities.

Given that this is an important area for healthcare and for the definition of local health policies, this thesis aims to describe and analyse the structural components of municipal health plans in Portugal, as well as their intersectoral activity with health services. The elaboration of a framework for the evaluation of Municipal Health Plans/Municipal Health Strategies, proposed as a support tool in the future elaboration of these management documents, was also an objective of this master's thesis in Primary Health Care.

A descriptive, retrospective study was carried out between September 2022 and July 2023, in which all the planned activities were carried out.

The existing municipal health plans in Portugal were collected, in a total of 308 municipalities, the sample being according to the existing documents, collected on the municipal websites ('online' search) and made available by the municipalities themselves, which were contacted by email. The inclusion criterion was the existence and availability of municipal health plans in Portugal (or some designated as municipal health strategies), regardless of their period of validity.

Document review was defined as the methodology for analysing the Portuguese municipal health plans collected, as it is one of the main qualitative methods in the area of health policy research. The framework was then discussed and adjusted, using a consensus methodology, with national reference elements in the area under study.

The theme of local governance and health care presents several challenges and opportunities to government officials, local health representatives, other social agents

and communities themselves. It is therefore a priority to define local health policies and develop local health strategies, with the existence of municipal plans as guidelines for the practices and activities to be implemented.

We conclude that despite the great concern and interest of local governance in promoting the health of their communities, there is still a clear shortage of municipal health plans as an integral part of local health strategies. There is also some heterogeneity in the way its structural components are presented. The documents consulted emphasize the intersectoral work developed between local governments and health care representative bodies, mainly at the level of primary health care.

Índice de Figuras

Fig. 1. Tipos de Planeamento em Saúde e as suas características _____	22
Fig. 2 - Etapas do planeamento em saúde _____	23
Fig. 3 – Indicadores de saúde e do desempenho do Sistema de Saúde_____	29
Fig. 4 – Processo de governança em saúde _____	42
Fig. 5- Framework de Avaliação dos Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde elaborada _____	62
Fig. 6 - Distribuição geográfica das Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde analisados _____	63
Fig. 7 - Entidade Grupo de gestão/Executora das Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	68
Fig. 8- Principais parceiros envolvidos na implementação das Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	70
Fig. 9 – N° de referências aos Indicadores da avaliação Intercalar existentes nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	86
Fig. 10 –N° de referências aos Indicadores da Avaliação Final existentes nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	87

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização dos instrumentos de planeamento em saúde ____	32
Quadro 2 - Aferição da governança nos Sistemas de Saúde _____	44
Quadro 3 – Categorização das Variáveis a analisar _____	57
Quadro 4 – Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde analisados e sua origem _____	64
Quadro 5 – Período de vigência das Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde analisados _____	66
Quadro 6 – Participação da Comunidade nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	71
Quadro 7 – Resumo da missão/visão encontrados _____	71
Quadro 8 - Grupos de Risco identificados nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	76
Quadro 9 - Fatores ambientais que influenciam a saúde da população ____	77
Quadro 10 - Causas de Mortalidade identificadas nos Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	78
Quadro 11 – Morbilidade identificada nos Cuidados de Saúde Primários ____	79
Quadro 12 - Morbilidade identificada nos Cuidados Hospitalares _____	80
Quadro 13 – Outros problemas de saúde identificados _____	81
Quadro 14– Prioridades definidas nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde _____	82

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACES – DE/CCS – Agrupamento dos centros de saúde- Diretor Executivo/Conselho Clínico de Saúde

ACES/USP – Agrupamento dos Centros de Saúde - Unidades de Saúde Pública

ACES – USP + DE/CCS – Agrupamento dos Centros de Saúde-Unidade de Saúde Pública + diretor executivo/Conselho Clínico de saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANMP – Associação Nacional dos Municípios Portugueses

ARS – Administração Regional de Saúde

CLAS – Conselho Local de Ação Social

CS – Centros de saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EMS – Estratégia Municipal de Saúde

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

HHS USA – Health and Human Services, United States of America

ISUP- Instituto de Saúde da Universidade do Porto

NHS UK – National Health System United Kingdom

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PMS – Planos Municipais de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRS – Plano Regional de Saúde

SESARAM, EPERAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SMART: Specific; Measurable; Attainable; Relevant; Time-Bound

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC- Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidades de cuidados de saúde personalizados

UE – União Europeia

USF – Unidades de saúde familiar

USP – Unidades de Saúde Pública

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
Índice de Figuras	ix
Índice de Quadros	x
Listas de Siglas e Abreviaturas	xi
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Planeamento em Saúde	16
1.1 Tipos de planeamento em Saúde	20
1.2 Etapas do planeamento em Saúde	22
1.3 Instrumentos de planeamento em saúde	29
1.4 Priorização em saúde	34
2. Serviço Nacional de Saúde e serviços de saúde	37
3. Governança em saúde	40
3.1 Descentralização em saúde	45
3.2 Planos Municipais de Saúde, Estratégias de Saúde e Planos Locais de Saúde	48
PARTE II – METODOLOGIA	
1. Objetivos	53
2. Desenho da tese	54
3. Etapas da tese	54
4. Framework para a avaliação das EMS/PMS	57
PARTE III – RESULTADOS	
1. Apresentação dos resultados	63
2. Discussão dos resultados	89
3. Conclusão	102
3.1. Considerações finais	102
3.2. Limitações da tese e linhas de investigação futura	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ÍNDICE DE ANEXOS	
Anexo 1 - Cronograma de Atividades	115
Anexo 2 - Parecer ético – FMUP	117
Anexo 3 – Parecer Ético – SESARAM	119
Anexo 4 - Framework Descritiva	122

INTRODUÇÃO

A saúde das comunidades, depende grandemente das estratégias de saúde implementadas, garantindo assim a proteção da saúde e a acessibilidade aos cuidados necessários e de qualidade. A realização destes objetivos exige um adequado planeamento em saúde, assegurando uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS)¹ e com as Nações Unidas² no desenvolvimento sustentável do mundo, a saúde não pode ser vista de forma isolada já que é um fator decisivo de outros valores humanos e também é determinada por outras dimensões, tais como as socioeconómicas, as comportamentais e as biológicas.

Os sistemas de saúde podem ser definidos com base nos seus recursos humanos e materiais, sendo impulsionados pelos profissionais de saúde que contam com uma infraestrutura, gerida na maioria das vezes, pelas instituições governamentais, incluindo serviços de prestação de cuidados públicos e privados. As políticas de saúde poderão ser definidas e implementadas a vários níveis, desenvolvendo-se localmente os contextos favoráveis e a definição de prioridades, que levam à melhoria da saúde das populações onde estão inseridas (Henry³).

A declaração de Alma Ata⁴ realça a necessidade do envolvimento e participação das populações como um direito e um dever das mesmas, influenciando o planeamento e prestação dos cuidados de saúde. A mesma declaração salienta que aos governos compete a responsabilidade pela saúde da sua população, pelo desenvolvimento de medidas de saúde e sociais adequadas, sendo que estes devem formular políticas, estratégias e planos de ação, em coordenação com outros sectores e agindo com vontade política, mobilizando os recursos disponíveis e os utilizando racionalmente.

Atualmente ocorre um aumento da importância e do desenvolvimento do planeamento em saúde, paralelamente ao “desenvolvimento de um modelo abrangente e integrado de saúde e determinantes, do aumento da complexidade e da exigência de recursos, da implementação de intervenções de promoção,

proteção e manutenção da saúde, e à prevenção e controlo da doença” (Garcia et al⁵).

Neste sentido, a governação local contribui de forma decisiva para a implementação de políticas de proximidade mais eficazes, efetivas e eficientes. As instituições de saúde, e em particular os Cuidados de Saúde Primários (CSP), são também importantes intervenientes em todo o processo de planeamento em saúde, tendo uma relação estreita com a comunidade.

A Declaração de Adelaide⁶ salienta que o desenvolvimento de políticas públicas ao nível da governação local é tão importante como a nível nacional, sendo que as políticas de saúde devem estabelecer objetivos explícitos que privilegiem a promoção da saúde. Para atingir um melhor nível de saúde comunitário é recomendado encontrar novas formas de colaboração entre esses diferentes níveis.

Os municípios e o poder local são um elemento essencial para promover políticas públicas que melhorem a saúde das pessoas e os fatores sociais da saúde, por meio do desenvolvimento de abordagens que incorporem equidade, participação comunitária e parceria intersectorial. Neste âmbito salientamos a recente e crescente, participação dos municípios portugueses na definição das estratégias de saúde das suas comunidades, após a legislação portuguesa assim o definir^{7,8} (Lei 50/2018 e Decreto Lei 23/2019). A participação das Câmaras Municipais até à presente data, foi também efetivada a nível dos Conselhos da Comunidade, num trabalho intersectorial, e também com competências nos planos dos ACES. Neste contexto, é fundamental a descrição e análise dos instrumentos de planeamento em saúde local existentes, que suportam todo o processo de tomada de decisão na determinação de prioridades da saúde local.

Atendendo tratar-se de uma área importante para o sistema de saúde e, para a definição das políticas de saúde locais, pretende-se com esta tese descrever e analisar os componentes estruturais dos Planos Municipais de Saúde e das Estratégias Municipais de Saúde existentes em Portugal, bem como a participação dos serviços de saúde.

A escolha desta temática deve-se à escassez de estudos sobre o planeamento em saúde a nível local, bem como da relação entre a governação local e os serviços de saúde, sendo que no contexto atual torna-se este estudo uma necessidade cada vez mais prioritária.

Esta tese contribuirá para uma melhor compreensão da relação entre a governação local e os cuidados de saúde em Portugal, bem como para a identificação de boas práticas que possam ser replicadas em outras regiões do país.

Esta tese está organizada em três partes. A parte I contém o enquadramento teórico, relativamente ao planeamento em saúde e suas etapas, bem com uma revisão de literatura sobre os instrumentos de planeamento em saúde e priorização em saúde. Segue-se uma descrição sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), e um enquadramento sobre a governação em saúde, as estratégias locais de saúde e os planos municipais de saúde.

A parte II define os objetivos desta tese, a descrição da metodologia desenvolvida na sua elaboração e, a framework de avaliação dos PMS/EMS elaborada.

A parte III contém a apresentação dos resultados e sua respetiva discussão. No final do trabalho são apresentadas as principais conclusões desta tese, bem como as suas limitações e linhas de investigação futuras.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Planeamento em Saúde

A conferência de Alma Ata⁴, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi um ponto de viragem no processo de planeamento em saúde, com consequente impulsão do mesmo, pelas recomendações dirigidas aos governos, no sentido de aperfeiçoarem a estrutura administrativa e aplicarem métodos de gestão adequados aos cuidados de saúde primários.

Na atualidade, a União Europeia (UE) enfrenta muitos desafios relacionados com a saúde. A existência de dados precisos e oportunos sobre a mortalidade e a morbilidade, bem como a tendência das principais doenças e lesões, ao longo do tempo são essenciais para o planeamento em saúde e a definição das suas prioridades (Monedero⁹).

Também a recente pandemia de COVID-19, impôs segundo Ashley-Norman e Pucu¹⁰, um enorme peso sobre a saúde e a economia dos países, revelando assim as vulnerabilidades dos sistemas de saúde, exacerbadas pela subsequente redistribuição de recursos. Os efeitos desta crise foram sentidos principalmente nos cuidados de saúde primários, nas doenças não transmissíveis e na educação das populações. Os mesmos autores dizem-nos que a reforma global do sector da saúde constitui a base para construir sistemas de saúde resilientes e melhorar a saúde e o bem-estar das populações.

Na revisão sistemática realizada por Pantoja et al.¹¹, estes referem que uma das principais funções dos sistemas de saúde é a implementação de intervenções para melhorar a saúde das populações, constituindo um desafio, sobretudo se implicar mudanças complexas nas rotinas clínicas, nos padrões de colaboração entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde e disciplinas, no comportamento dos prestadores, doentes ou outras partes interessadas; ou na organização dos cuidados. Os decisores em saúde podem utilizar uma série de estratégias para implementar intervenções de saúde, e estas escolhas devem basear-se em provas da eficácia das mesmas. Os sistemas de saúde de todo o mundo, enfrentam o desafio de melhorar a qualidade e a segurança dos

cuidados que prestam, melhorando assim os *outcomes* em saúde. O planeamento em saúde é um processo essencial para garantir a efetividade e eficiência dos sistemas de saúde, promovendo a melhoria da saúde da população e a utilização adequada dos recursos disponíveis (Pantoja et al¹¹).

O planeamento “explora as incertezas de qual o melhor uso a ser feito dos recursos limitados, para satisfazer as necessidades prioritárias” (Reinke¹²).

De acordo com Pineault e Daveluy¹³ o planeamento em saúde consiste num “processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários para conseguir objetivos específicos segundo uma ordem de prioridades estabelecida, permitindo eleger as soluções ótimas entre muitas alternativas, tendo em conta o contexto de dificuldades, internas e externas”.

Na área da saúde o planeamento ajuda a identificar e programar as intervenções, orienta as atividades e os investimentos necessários para alcançar os resultados e o seu impacto na comunidade (Schmets et al¹⁴).

Ainda neste âmbito, Imperatori e Giraldes¹⁵ definem o planeamento em saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.” Os mesmos autores apresentam-nos as seis razões da necessidade de planeamento em saúde:

- (1) Os recursos em saúde são escassos, e há que utilizá-los da forma mais eficaz e eficiente possível;
- (2) É necessário intervir diretamente nas causas dos problemas em saúde, evitando assim o seu reaparecimento;
- (3) Devemos definir as prioridades, onde deveremos atuar de uma forma mais direta;
- (4) É necessária uma intervenção intersectorial, evitando intervenções isoladas;
- (5) Pelos custos económicos das infraestruturas existentes;
- (6) Pela rentabilização necessária dos equipamentos disponíveis.

O planeamento em saúde deve considerar os determinantes sociais e ambientais da saúde, bem como promover a participação da comunidade na

tomada de decisões. O planeamento em saúde deve ir além da simples identificação de problemas de saúde e intervenções, e deve incorporar uma compreensão profunda dos fatores que influenciam o comportamento e as condições de saúde das pessoas, destacando-se a importância de considerar o contexto social, cultural e ambiental em que as intervenções são implementadas, reconhecendo que esses fatores têm um impacto significativo na saúde da população (Green¹⁶).

Green¹⁶ adiciona um componente fundamental no planeamento em saúde, a participação da comunidade. A participação ativa da comunidade no processo de tomada de decisões, desde a identificação dos problemas de saúde até a implementação das intervenções, leva segundo este autor a resultados mais eficazes e sustentáveis. Green¹⁶ enfatiza que os membros da comunidade possuem um conhecimento valioso sobre as suas próprias necessidades e recursos, e a sua inclusão no processo de planeamento em saúde é essencial para alcançar mudanças positivas e duradouras.

O planeamento em saúde deverá ser entendido como um processo de mudança, onde é valorizado um modelo de planeamento intersectorial bem como um reconhecimento do valor da saúde e, dos profissionais, que a ela dedicam-se. Outros aspetos a valorizar são a comunicação e as parcerias, envolvendo todos os parceiros com interesse na saúde (Garcia et al.⁵). A mesma autora acrescenta que urge a criação de processos de planeamento em saúde não só a nível nacional, mas também a nível regional e localmente, sendo a definição das necessidades de saúde locais essenciais para diminuir as iniquidades em saúde que possam ocorrer.

O planeamento da saúde poderá abranger diferentes atividades do planeamento estratégico a longo prazo para todo um sistema, bem como, ações para o desenvolvimento a curto prazo de um serviço. Este conceito engloba ainda a gestão financeira e dos recursos humanos, para satisfazer as necessidades das populações, colocando em prática as intervenções necessárias. O planeamento abrange a criação de estratégias e a sua operacionalização, a definição dos custos envolventes, da capacidade de respostas dos serviços de saúde, e ainda dos recursos humanos e tecnológicos necessários (Guerra¹⁷).

Um aspecto de extrema importância, salientado por Guerra¹⁷, é que o planeamento em saúde apresenta maior efetividade, quando tem em conta as evidências e as prioridades existentes, procurando as respostas necessárias e, quando agrega todos os intervenientes, sendo que planear em conjunto é um bom prelúdio do trabalho conjunto que se pretende posteriormente.

Pretende-se que o planeamento em saúde seja dinâmico e inclusivo, e para Garcia et al.¹¹ deverá ser ainda holístico e intersectorial, constituindo assim um requisito necessário para uma saúde sustentável. Para Santos¹⁸ os componentes estruturais das definições de planeamento em saúde consistem nos objetivos (onde queremos ir), nos recursos (com o quê), como (implementação apropriada e eficiente), quando (no futuro), e no grau de formalização do processo (explicitação, sistematização e metodologia).

O planeamento passou de uma projeção intuitiva, espontânea e subjetiva, de atividade baseada na experiência, para uma abordagem muito mais deliberada, sistemática e objetiva e num processo de mobilizar informações e organizar recursos. O mesmo autor refere que o planeamento eficaz, requer a aplicação gradual de métodos multidisciplinares selecionados e, procedimentos para programas e projetos designados dentro de prazos específicos. Planear não é simplesmente um exercício técnico, é um processo contínuo de aprendizagem, adaptação à mudança e educação (Reinke¹²).

Ainda de acordo com Reinke¹² existem dois princípios a considerar: (1) o planeamento deve ser reconhecido como parte de um processo global, que inclui análise de políticas, preparação de planos, gestão da implementação, avaliação e pesquisa; e (2) a responsabilidade pela função de planeamento recai num equilíbrio, entre grupos profissionais organizados em unidades bem estruturadas e viáveis, e um amplo número de fornecedores e consumidores, que têm interesse no resultado do planeamento.

1.1 Tipos de planeamento em saúde

Existem vários tipos de planeamento em saúde, cada um com as suas próprias características e benefícios, desenvolvidos segundo os objetivos definidos.

Os tipos de planeamento em saúde poderão se organizar de acordo com (Pineault e Daveluy¹³):

1. **O nível ou extensão do processo:** “*Normative ou police planning*”, pois diz respeito à planificação das grandes decisões governamentais ou institucionais, que terão consequências a longo prazo, tratando da planificação estratégica.
2. **A perspetiva organizacional ou populacional:** O enfoque do planeamento em saúde recai nas necessidades populacionais (as suas características e prioridades). Quando o enfoque é na perspetiva organizacional os objetivos centram-se nas necessidades organizacionais (a organização é o centro de todo o processo de planificação).

As EMS e PMS correspondem a um tipo de planeamento, com uma perspetiva populacional, pois pretendem dar resposta às necessidades em saúde das suas populações, tendo em conta as suas características, e definindo as suas prioridades em concordância, com os problemas de saúde existentes.

3. **O enfoque racional ou pragmático:** o planeamento racional baseia-se em dados técnicos e objetivos, tendo o seu autor uma posição privilegiada e resultando num plano lógico e técnico. O planeamento pragmático baseia-se essencialmente na reação e de adaptação aos acontecimentos exteriores, sem ter uma linha de atuação predeterminada.
4. **O contexto sociopolítico:** Existe o reconhecimento e compreensão dos fatores sociopolíticos são determinantes na planificação em saúde. A ideologia sociopolítica de um governo poderá influenciar o modelo de planificação adotado.

Planeamento estratégico

O planeamento estratégico significa “fazer as coisas certas acertadamente”, focando-se nas consequências a longo prazo das nossas ações, num contexto que envolve alguma complexidade. Segundo os mesmos autores a estratégia é a disciplina máxima do planeamento (Huebner e Flessa¹⁹).

O planeamento estratégico é uma abordagem a longo prazo que envolve a análise das necessidades e dos recursos da organização de saúde, visando definir objetivos e metas para o futuro, sendo um processo que permite às organizações estabelecerem uma direção clara e definir prioridades para a utilização dos seus recursos. Para os mesmos autores consistem nos planos a longo prazo, estabelecidos a nível global e, por serem de maior abrangência não são detalhados, sendo flexíveis (dada a sua dimensão temporal). Estabelecem as ações (o que deve ser feito).

Planeamento tático

O planeamento tático envolve a definição de ações específicas e a alocação de recursos para atingir as metas e objetivos estabelecidos no planeamento estratégico. Inclui planos de médio prazo e alcance, devendo estar em consonância com o planeamento estratégico, pois é a tradução e interpretação das decisões estabelecidas globalmente a esse nível. (Ginter et al.²⁰).

Para o planeamento tático é encarado com um processo chave que permite um planeamento holístico, equilibrando as necessidades e os recursos existentes, promovendo a integração e a coordenação entre os serviços, entre a estratégia definida e a sua operacionalização. Estabelece como devem ser realizadas as ações (Larsson e Fredriksson²¹).

Planeamento operacional

O planeamento operacional é um processo que envolve a definição de atividades específicas que serão realizadas para atingir as metas e objetivos estabelecidos

no planeamento estratégico. Segundo Greiner e Knebel²², o planeamento operacional envolve a definição de planos de ação detalhados para implementar as estratégias e táticas definidas nos planeamentos anteriores. São planos a curto prazo que abordam cada tarefa ou procedimento separadamente. Definem como serão operacionalizadas as ações (Figura 1).

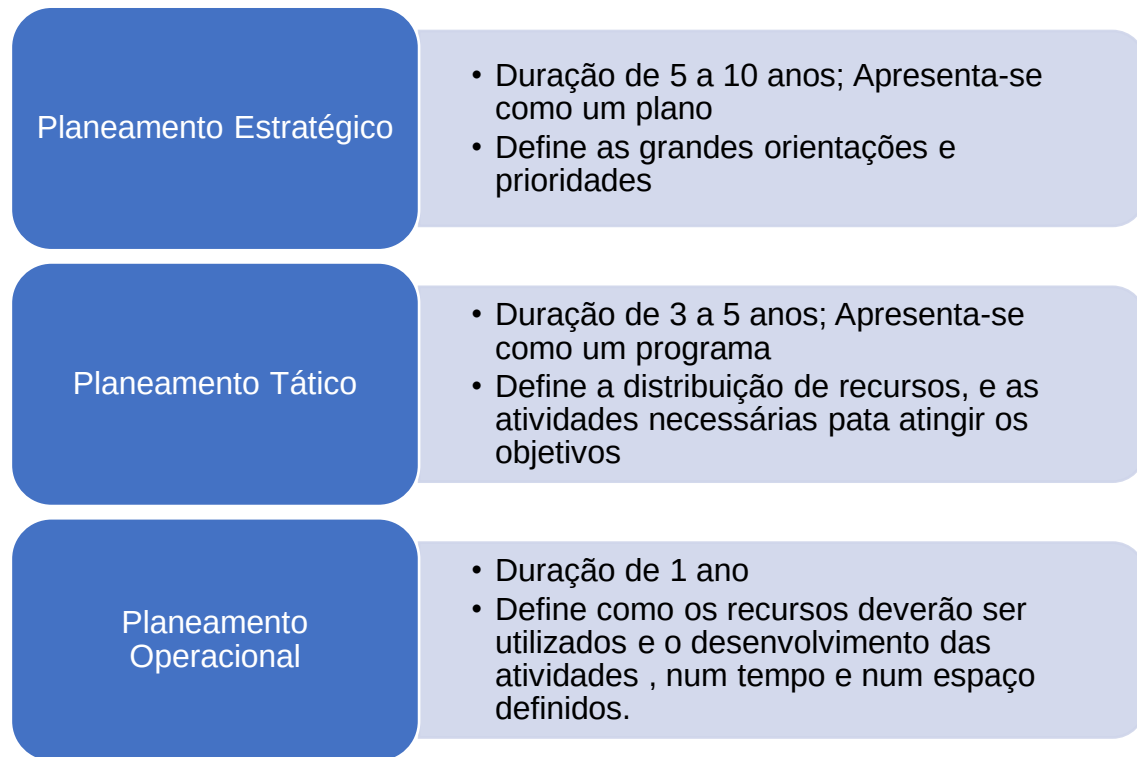


Fig. 1 - Tipos de Planeamento em Saúde e as suas características

Adaptado de: Pineault e Daveluy (1989)

1.2 Etapas do planeamento em saúde

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, pois não deveremos considerar uma etapa deste processo totalmente concluída, sendo sempre possível reavaliá-la e completá-la (Imperatori e Giraldes¹⁵). Segundo os mesmos autores, o planeamento em saúde inclui as seguintes etapas, que são interdependentes, e se relacionam entre si (Figura 2):

1. Diagnóstico da situação: identificação dos problemas e análise da situação de saúde da população;
2. Definição de prioridades: metas e grupos-alvo;
3. Fixação de objetivos;
4. Seleção de estratégias;
6. Elaboração de programas e projetos;
7. Preparação para a execução: recursos humanos, materiais e financeiros necessários;
8. Monitorização e avaliação (Imperatori e Giraldes¹⁵).



Fig. 2 - Etapas do planejamento em saúde

Adaptação de: Santos (2018)

Diagnóstico de situação de saúde

O diagnóstico da situação de saúde consiste na primeira etapa do planeamento em saúde e permite a identificação de necessidades de saúde e as desigualdades numa dada população, constituindo um elemento fundamental em todo o processo de planeamento (Santos). Ainda de acordo com esta autora a identificação das causas e avaliação dos problemas de saúde das populações contribui grandemente para a definição das prioridades em saúde a serem definidas.

Esta etapa deve descrever a situação de forma preferencialmente quantitativa, sendo assim, deverá incluir indicadores do âmbito social e demográfico, de mortalidade e morbilidade, dos fatores de risco e incapacidade, da utilização dos serviços de saúde e dos recursos disponíveis (Imperatori e Giraldes¹⁵).

Um bom planeamento em saúde, requer uma particular atenção, na eliminação dos dados existentes que não estão relacionados com os objetivos claros do plano e do seu uso funcional. Para este autor os dados a serem incluídos deverão ser demográficos (a unidade básica de cuidados de saúde é o número de pessoas a serem atendidas e a sua distribuição) e epidemiológicos (frequência e distribuição dos principais problemas de saúde) (Reinke¹²).

Definição de prioridades

Nesta etapa definem-se os problemas de saúde que se pretendem ver solucionados, utilizando diferentes critérios, por exemplo, a dimensão do problema e o seu impacto na população. Na etapa de priorização há que ter em conta as limitações de recursos em saúde do sistema, porque, segundo Santos¹⁸, as necessidades de saúde observadas não poderão ser alvo de uma intervenção simultânea, tornando-se assim essencial definição de prioridades na orientação das escolhas e decisões escolhas e decisões.

De acordo com a definição das prioridades deverá centrar-se na análise dos problemas de saúde e, das intervenções e das ações a serem desenvolvidas para os resolver, como também nos recursos necessários para as implementar (Pineualt e Daveluy ¹¹).

Para Santos citando Eusébio¹⁸ os principais critérios na determinação das prioridades de intervenção são a magnitude, a carga e a gravidade do problema, a vulnerabilidade, a exequibilidade e a aceitabilidade da intervenção, a sua evolução, a equidade, a transcendência social e o custo-efetividade.

Definir prioridades é considerado pela maioria dos administradores de saúde como o cerne do processo de planejamento. As etapas que levam a esse ponto podem ser consideradas a preparação para as decisões cruciais envolvidas na definição de prioridades. Este autor acrescenta que na definição de prioridades, “julgamento e sabedoria” são necessários, com uma capacidade única de sintetizar os numerosos detalhes relevantes, pois é a parte do processo de planejamento que é geralmente considerada mais intuitiva (Reinke¹²).

Fixação de objetivos

Após definidas as prioridades, a etapa que se segue no processo de planejamento é a fixação dos objetivos, que Imperatori e Giraldes¹⁵ definem como “a elaboração do enunciado do resultado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários, alterando a tendência da sua evolução”.

Para Drucker²³, “Se você não pode medir, não pode gerir”. Daí a importância de uma definição de objetivos, que devem ser quantificados, claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, dando a possibilidade de uma avaliação posterior.

A definição e o alcance de objetivos eficazes são fundamentais para o sucesso de qualquer plano. A metodologia de objetivos SMART (*Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Time-bound*) é uma abordagem científica amplamente adotada para a definição de metas que sejam claras, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com prazo definido.

Foi Doran²⁴ o criador da metodologia de objetivos SMART. No acrônimo *Specific* (Especificidade), de acordo com Doran²⁴ está relacionado com a clareza e precisão na definição dos objetivos. Para que um objetivo seja efetivamente alcançado, é necessário que ele seja expresso de forma clara e objetiva, sem margem para interpretações vagas.

Da mesma forma e, para o mesmo autor, *Measurable* (Mensurabilidade) refere-se à capacidade de quantificar o progresso em direção ao objetivo. A definição de objetivos mensuráveis permite monitorizar o avanço, identificar desvios e ajustar as estratégias, promovendo assim o sucesso na sua realização.

No acrónimo *Attainable* (Atingibilidade) diz respeito à viabilidade de alcançar um objetivo. É importante que os objetivos sejam desafiadores o suficiente para estimular o crescimento e o desenvolvimento, mas também realistas o bastante para serem alcançados com os recursos disponíveis (Doran²⁴).

No que concerne à *Relevant* (Relevância) esta refere-se à importância e ao alinhamento dos objetivos com os valores, necessidades e objetivos gerais da organização ou indivíduo.

No *Time-bound* (Tempo definido) a definição de prazo é um elemento essencial na metodologia SMART. Estabelecer uma data-limite para a conclusão de um objetivo proporciona um senso de urgência e direção, ajudando a manter o foco e a motivação necessários para alcançá-lo.

Seleção de estratégias

As estratégias são elaboradas para atender às prioridades anteriormente definidas. Nesta etapa são definidas as intervenções necessárias, para resolver os problemas e necessidades de saúde identificados e priorizados.

A seleção das estratégias consiste na escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados. Nesta etapa estudam-se as diferentes estratégias alternativas, que permitem alcançar um mesmo objetivo, com o fim de selecionar as mais adequadas (Imperatori e Giraldes¹⁵).

Na escolha das estratégias há que ter em conta os seus custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes das mesmas.

Na revisão sistemática realizada por Dudley et al.²⁵ a elaboração das estratégias em saúde foca-se num aspeto fundamental que é a de integração dos serviços. As estratégias que integram os diferentes serviços conseguem reunir os

contributos, a organização e a prestação de determinadas funções, para aumentar a eficiência e o acesso das pessoas. As estratégias integrativas, ainda de acordo com estes autores incluem também a prestação integrada de programas de saúde já existentes.

Elaboração de programas e projetos

Esta etapa inclui a definição das atividades necessárias à execução das estratégias definidas. A operacionalização do plano poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades que contribuem para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades que contribuem execução de um programa (Tavares²⁶).

Preparação da execução

Nesta etapa é definido o calendário de atividades e respetivo cronograma, bem como a quem é atribuída a responsabilidade da sua execução, incluindo ainda aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori e Giraldes¹⁵). Esta etapa pretende planejar a operacionalidade e execução do plano.

O conceito de planeamento como uma atividade dinâmica e contínua, requer que a implementação e execução do plano, seja uma parte integrante do planeamento em saúde. A execução, era considerada da responsabilidade das organizações dos serviços designados para a realização das atividades definidas, sendo este um erro muito comum e limitativo no processo de planeamento (Reinke¹²).

Avaliação

A avaliação consiste na análise das ações, procurando melhorar o planeamento, ou a implementação de atividades atuais e futuras. O final do processo de planeamento em saúde, contudo integra-se em cada uma das suas diferentes etapas. A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de

sucesso na consecução de um objetivo, confrontando-o com as estratégias ao nível da sua adequação (Tavares²⁶).

A avaliação efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento e, para as suas diferentes etapas neste processo (Pineault e Daveluy¹³).

A avaliação deve ser planeada antes da sua realização, sendo incluída em dois momentos: a fixação de objetivos e a preparação operacional. Na primeira serão definidos os padrões de resultado ou impacto do plano e na segunda os de execução ou de atividade, incluindo-se nesta etapa indicadores de atividade e, os resultados obtidos nos principais problemas de saúde. Após terminada a avaliação, há que voltar à primeira fase do planeamento, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, num processo que se pretende contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes¹⁵).

Existe um conjunto de referenciais que deve ser atendido nas avaliações realizadas: o envolvimento dos stakeholders, a descrição do programa, a focalização no desenho da avaliação, a junção de evidência credível, a justificação das conclusões e a garantia de utilização e partilha das lições (Santos¹⁸).

Na avaliação do planeamento realizado e dos objetivos definidos, são utilizados necessariamente indicadores de saúde. Os indicadores em saúde (figura 3), segundo a Direção Geral de Saúde¹, são instrumentos que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam, podendo ainda serem utilizados no planeamento e na política de saúde bem como na gestão dos sistemas de saúde.

Estado de Saúde	Determinantes de Saúde	Desempenho do Sistema de Saúde
•Mortalidade: por grupos de idade; por causas específicas; •Incapacidade: inclui deficiência, limitação de atividade; •Situação de Saúde: interfere com a procura dos serviços de saúde •Bem-estar: físico, mental e social.	•Comportamentos: que influenciam a saúde; •Condições de vida e de trabalho: perfil socioeconómico e condições laborais; •Recursos Pessoais: apoio social, eventos de vida; •Ambientais: que influenciam a saúde.	•Aceitabilidade: Responder às expectativas do cidadão, comunidade e prestadores; •Acesso: adequado às necessidades; •Qualidade: adequado a padrões específicos •Capacitação do cidadão: conhecimentos adequados aos cuidados prestados; •Integração de cuidados: prestar cuidados de forma contínua e coordenada, entre os diferentes níveis de cuidados; •Efetividade: São alcançados os resultados propostos, a nível técnico e de satisfação dos prestadores e utentes; •Eficiência: os resultados são maximizados com um mínimo de recursos e tempo despendidos; •Segurança: Riscos potenciais de uma intervenção ou do próprio ambiente dos serviços de saúde

Fig. 3 – Indicadores de saúde e do desempenho do Sistema de Saúde

Adaptação: Direção Geral de Saúde (2012)

1.3 Instrumentos de planeamento em saúde

Os instrumentos de planeamento em saúde são ferramentas importantes para garantir a sustentabilidade dos cuidados de saúde e para atingir os objetivos definidos. O planeamento em saúde, poderá ser realizado em diferentes níveis: nacional, regional e o local, sendo que cada um possui as suas particularidades

e desafios, mas todos têm em comum a necessidade de contar com instrumentos de planeamento adequados.

As políticas, estratégias e planos são designações que abrangem um amplo espectro de dimensões e hierarquias, tais como os valores, a visão, a orientação política e a estratégia (Santos¹⁸).

Além dos planos de saúde existem outros instrumentos de planeamento em saúde, como os programas de saúde e os projetos de intervenção comunitária, tornando-se assim necessário definir os principais instrumentos utilizados.

Para Imperatori e Giraldes¹⁵ um plano é um instrumento de implementação de uma política. O plano indica a necessidade de atingir objetivos definidos de saúde, devendo ser desenvolvido em programas que constituam a orientação pormenorizada. O plano define prioridades e é estratégico, englobando assim os programas necessários em saúde (Santos¹⁸).

Um plano determina as estratégias e prioridades, que podem incluir um conjunto de programas (Sena et al²⁷) .

O final de qualquer plano de saúde é melhorar a saúde e reduzir as desigualdades na população, com o mínimo de recursos, com base numa abordagem que priorize a saúde no seu global (Lima²⁸).

Os planos em saúde são documentos estratégicos que visam orientar e coordenar a ação das diversas entidades envolvidas na prestação de cuidados de saúde. Alguns exemplos de planos em saúde em Portugal incluem o Plano Nacional de Saúde, os Planos Regionais de Saúde, os Planos Locais de Saúde e os Planos Municipais de Saúde.

Os programas em saúde são intervenções organizadas e estruturadas que visam melhorar a saúde da população. De acordo com Imperatori e Giraldes¹⁵ um programa em saúde consiste na definição das atividades essenciais à concretização total ou parcial, de uma determinada estratégia, que requerem os recursos de uma entidade. Um programa pretende dar uma resposta coordenada a um objetivo estratégico, dando visibilidade a um ou mais problemas de saúde prioritários, organizando recursos, operacionalizando e avaliando os seus resultados (Sena et al.²⁷).

Em Portugal, temos como exemplos de programas em saúde o Programa Nacional de Vacinação, o Programa Nacional das Doenças Cérebro Cardiovasculares, Programa da Diabetes, entre outros.

Os projetos em saúde são instrumentos específicos que pretendem resolver problemas de saúde ou melhorar a qualidade dos cuidados de saúde numa determinada área. Um projeto é uma atividade temporalmente delimitada, com um resultado específico, auxiliando no desenvolvimento de um programa., um projeto é “um elemento unitário de um programa” (Imperatori e Giraldes¹⁵). Os projetos são complementos de um plano ou de um programa, melhorando alguns dos seus aspetos específicos, ligando-se assim ao seu desenvolvimento (Sena et al.²⁷).

Exemplos de projetos em saúde em Portugal poderão incluir a criação de unidades de saúde familiar, a implementação de sistemas de informação em saúde, entre vários (quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos instrumentos de planeamento em saúde

Características	Plano	Programa	Projeto
Flexibilidade/Adaptabilidade			
- Aberto	✓		
- Semiaberto	✓	✓	
- Fechado	✓	✓	✓
Setor de atividades			
-Único (não integrado)	✓	✓	✓
- Múltiplo (integrado)	✓	✓	✓
Nível de serviços			
- Horizontal	✓	✓	✓
- Vertical	✓	✓	✓
Divisão administrativa			
- Nacional	✓	✓	
- Regional	✓	✓	✓
- Sub-regional	✓	✓	✓
- Institucional	✓	✓	✓
Horizonte Temporal			
- Longo	✓		
- Médio	✓	✓	
- Curto	✓	✓	✓
Relação com os outros:			
- Independente	✓		
- Mutuamente exclusivo	✓	✓	✓
- Complementar	✓	✓	✓
Entidades Executantes			
- Pública	✓	✓	✓
- Privada	✓	✓	✓
- Social	✓	✓	✓
- Mista	✓	✓	✓

Adaptação: Sena et al (2006) - Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais

De acordo com a caracterização descrita, os PMS/EMS são documentos classificados como semiabertos (permitem a sua atualização regular, conformas circunstâncias se alteram); são múltiplos (integram vários sectores socioeconómicos); são verticais (integram diferentes níveis de serviços); São

regionais; o seu horizonte temporal é longo e médio; são documentos complementares (a realização de um programa beneficia outro programa); e são mistos (no que concerne às entidades responsáveis pela sua realização).

O PNS em Portugal, é desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde, constituindo um instrumento estratégico de planeamento em saúde. Ele estabelece as prioridades, objetivos e estratégias para a promoção da saúde e melhoria dos cuidados de saúde no país, considerando as necessidades e desafios específicos do sistema de saúde português. O PNS para a DGS¹, visa promover a equidade, qualidade, acessibilidade e sustentabilidade na saúde, através de uma abordagem participativa e integrada, abrangendo diferentes áreas e estabelecendo metas claras e estratégias de ação.

O atual PNS (2021-2030), segundo a DGS¹, segue um modelo de planeamento em saúde sustentável, de base populacional, de natureza multisectorial, tendo por elementos-chave as pessoas (individuais ou coletivas), a participação e o compromisso.

O Plano Regional de Saúde (PRS) é um documento de planeamento estratégico em saúde, “integrador e de base populacional, que resulta de um trabalho de criação participativa, multinível e multisectorial de identificação de necessidades de saúde e prioridades em saúde”, também da seleção das estratégias de intervenção mais adequadas. para assegurar a saúde da comunidade²⁹.

Também para a ARS Norte o PRS permite um melhor alinhamento das prioridades de saúde regionais e locais com as prioridades definidas no PNS, permitindo a melhoria da orientação estratégica, para o apoio ao processo de construção dos Planos Locais de Saúde e, para a melhoria da monitorização e avaliação dos resultados em saúde³⁰.

O Plano Local de Saúde, segundo Portugal, R. et al³¹ apresenta-se como um dos instrumentos de implementação do PNS, de alinhamento com os objetivos nacionais e regionais, refletindo nas suas estratégias os eixos estratégicos, apresentando uma abordagem intersectorial. Segundo os mesmos autores os PLS devem também traçar estratégias e intervenções específicas e orientadas para os ganhos em saúde da comunidade que servem, promovendo a melhoria

do estado de saúde da sua população. O PLS é elaborado pelas Unidades de Saúde Pública a nível local. Neste âmbito, o Decreto-Lei 81/2009³² refere que compete às USP gerir programas e projetos nas áreas da proteção e da promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde. Compete também às USP participar na execução das atividades dos programas anteriormente descritos.

1.4 Priorização em saúde

A priorização em saúde é um processo fundamental para garantir que os recursos em saúde, frequentemente limitados, são distribuídos de forma eficiente e efetiva. A utilização de critérios claros e transparentes na priorização de intervenções e programas de saúde, permite maximizar os benefícios para a população, reduzir as desigualdades e melhorar a sustentabilidade do sistema de saúde.

Segundo o SAVE-UHC³³ os decisores em saúde, responsáveis pela definição das prioridades, são constantemente desafiados a usar recursos escassos de forma justa e eficiente. Este grupo acrescenta que na definição de prioridades deverá existir um equilíbrio entre as necessidades dos indivíduos e da população, com especial atenção ao impacto e à equidade das intervenções programadas.

A determinação das prioridades, segundo Pineault e Daveluy¹³, dirige-se por um lado para os problemas que sejam objeto da intervenção em saúde, i.e. as prioridades de ação, e por outro lado, ao que é necessário conhecer melhor, as i.e. prioridades de investigação. Ainda de acordo com estes autores, a seleção das prioridades faz-se necessariamente em função do contexto sociopolítico, económico e organizacional, estando ainda condicionada pelas exigências da população à qual se dirige, bem como dos profissionais envolvidos.

Um dos principais desafios na priorização em saúde é a seleção dos critérios que serão utilizados. De entre os critérios mais comuns encontram-se a eficácia, a efetividade, o custo-efetividade, a equidade, o impacto na qualidade de vida da população, a urgência na atuação, entre outros. Cada critério tem as suas

vantagens e desvantagens, e a sua escolha deve ser feita com base numa análise cuidadosa das necessidades e características da população.

A equidade é um aspeto fundamental na priorização em saúde, pois como enfatiza Norheim³⁴, "as políticas de saúde devem ser baseadas em valores éticos, como a justiça, a equidade e a dignidade humana, e devem garantir que os recursos são alocados de forma a reduzir as desigualdades na saúde".

Estabelecer prioridades na saúde é um desafio complexo que envolve decisões difíceis sobre a alocação dos recursos escassos. As prioridades em saúde devem ser definidas de forma justa e equitativa, levando em consideração os princípios de solidariedade, responsabilidade e participação da comunidade (Schmets et al.¹⁴).

A definição de prioridades determina a sustentabilidade do sistema, sendo um processo complexo, mas essencial. Deste modo, urge desenvolver a melhor distribuição de recursos possível, de forma justa e com os melhores resultados, dada a restrição orçamental (Pereira³⁵).

As múltiplas questões influenciam as decisões políticas, como o orçamento, a compatibilidade política das partes envolvidas e a existência de outras prioridades sociais, tais com a educação. Para estes autores os políticos têm um papel fundamental, nos diferentes níveis de ação, influenciando todo o processo de planeamento em saúde, e consequentemente nas prioridades em saúde selecionadas, devendo assim, implementar medidas que traduzam a ciência, promovendo políticas que promovam o bem-estar e a saúde das suas populações (Puig et al.³⁶).

Os principais responsáveis na definição da priorização em saúde, deverão realizar uma análise económica nesta atividade, baseando em estudos de custo-efetividade. Para cada relação de custo-efetividade incrementado são calculados os custos e os benefícios para a saúde da intervenção (Pierson e Verguet³⁷).

Na definição de prioridades também é usada a análise de decisão de multicritérios, que inclui várias dimensões na definição das prioridades, definindo indicadores e critérios de equidade (Pierson e Verguet³⁷).

Já Baltussen e Niessen³⁸ defendem que a análise de decisão de multicritérios é uma abordagem útil para estabelecer prioridades em saúde, permitindo que múltiplos critérios sejam levados em consideração e pesados de forma ética, incluindo a maximização dos benefícios, redução das desigualdades e respeito pelos direitos e dignidade dos doentes.

O processo de definição de prioridades é também político, o que significa que é um processo onde os valores e os objetivos sociais são importantes, e as prioridades resultantes refletem um compromisso entre partes interessadas (stakeholders). Consiste assim, em selecionar entre as diferentes opções, as que respondam às necessidades de saúde mais importantes (Schmets et al¹⁴).

Ainda segundo Schmets et al¹⁴ a definição de prioridades é necessária em todos os níveis de planeamento em saúde, pois os recursos nunca são ilimitados. As escolhas que são feitas devem refletir os valores e a visão de uma sociedade, no qual se inclui o sistema de saúde, e, integrar reflexões com critérios definidos. Os mesmos autores definem 5 critérios-chave, na definição das prioridades em saúde:

- **Dimensão do problema de saúde:** corresponde à magnitude, à gravidade, à urgência e à perceção do problema de saúde; do ponto de vista da população é o que apresenta maior pertinência.
- **Eficácia da intervenção:** considera quão bem, clinicamente, ou na prática, o problema de saúde pode ser resolvido, não apenas em termos de produção, mas também nos resultados e no seu impacto.
- **Custo da intervenção:** este critério é sobre o custo, no sentido de acessibilidade da intervenção bem como, na sua eficiência (relação custo-benefício). Este critério abrange a questão de saber, se a prioridade de saúde definida é viável em termos absolutos, pois no setor da saúde o custo é relativo, considerando a resolução do problema para os indivíduos e a comunidade. O custo da intervenção deve ser economicamente viável e economicamente sustentável.
- **Aceitabilidade da intervenção:** a aceitabilidade de uma intervenção em saúde prioritária, refere-se a se uma comunidade ou população-alvo, aceita a prioridade

escolhida na resolução do problema. A aceitabilidade refere-se também aos que irão operacionalizar a intervenção, como, por exemplo, a aceitabilidade pelos profissionais de saúde. Se uma prioridade em saúde for contra as normas sociais e culturais da comunidade, certamente terá uma baixa probabilidade de sucesso.

- **Imparcialidade:** A noção de imparcialidade é definida pela qualidade como as pessoas são tratadas de forma igual e equitativa. A imparcialidade é fundamental na definição de prioridade, bem como a sua abordagem, por se encontrar diretamente ligada ao julgamento, o que poderá trazer alguma subjetividade na decisão.

2. Serviço Nacional de Saúde e serviços de saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal é um dos mais antigos da Europa, tendo sido criado em 1979, com o objetivo de garantir o acesso universal, equitativo e gratuito a serviços de saúde de qualidade para toda a população. Desde então, o sistema tem passado por diversas reformas e ajustes, a fim de adaptar-se às mudanças demográficas e epidemiológicas da população portuguesa.

Para Arnaut³⁹, um dos principais responsáveis pela criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e da lei 56/79, de 15 de setembro, O SNS foi criado para garantir o acesso aos cuidados de saúde de uma forma geral, universal e gratuita, sendo que um dos seus principais objetivos foi o de garantir que todos os portugueses, em qualquer situação socioeconómica, tivessem acesso aos cuidados de saúde que necessitavam.

A Lei de Bases da Saúde de 95/2019⁴⁰, reafirma a centralidade do SNS, que se orienta pelos princípios da universalidade, generalidade e gratuitidade. Garante ainda o direito à proteção da saúde física, mental e social, constituindo uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade do Estado e “compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”.

A Fundação para a Saúde do SNS⁴¹ diz-nos que o SNS pode ser visto como um “seguro” de saúde universal, de “caráter social, abrangente e inclusivo, suportado pela solidariedade de todos os cidadãos através dos seus impostos”.

O SNS português envolve aspetos políticos e económicos, desde a admissão do utente, à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação. Ainda citando o mesmo autor, o SNS apesar de todas as limitações existentes, sempre incentivou o investimento no capital humano e na inovação tecnológica, disponibilizando o mais atual conhecimento científico (Nunes⁴²).

Para Simões et al.⁴³ todos os residentes em Portugal têm acesso aos cuidados de saúde disponíveis no SNS, financiados principalmente pelos recursos financeiros provenientes do pagamento de impostos. A oferta dos cuidados de saúde é paralelamente feita pelo sector público (CS, hospitais, cuidados continuados e paliativos) e privado (clínicas, prática clínica em consultório e exames complementares de diagnóstico).

Para estes autores apesar de todas as reformas na saúde implementadas, Portugal mantém-se como um dos principais países europeus com desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (ex: localização geográfica onde residem), e com as maiores diferenças em saúde entre homens e mulheres.

O SNS⁴⁴ é composto por três níveis: o primeiro nível é constituído pelos cuidados de saúde primários, o segundo nível pelos cuidados de saúde hospitalares e o terceiro nível pelos cuidados de saúde diferenciados e altamente especializados.

Os cuidados de saúde primários (CSP) são fornecidos pelos ACES e geridos pelas administrações regionais de saúde (ARS) fornecendo uma ampla gama de serviços de saúde, incluindo consultas médicas, enfermagem, apoio social e psicológico, bem como programas de promoção da saúde e prevenção da doença (Simões et al.⁴³).

Para Nunes⁴², o foco principal dos CSP é o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, atendendo à pessoa inserida na sua família e comunidade. Os CSP encontram-se atualmente organizados em agrupamentos de centros de saúde (ACES), que integram vários centros de

saúde (CS) ou unidades funcionais, que poderão ser: USF (unidades de saúde familiar), UCSP (unidades de cuidados de saúde personalizados), UCC (Unidades de cuidados na comunidade) e USP (Unidades de Saúde Pública).

Os cuidados de saúde hospitalares, conforme o SNS⁴⁴ são fornecidos pelos hospitais públicos, que estão organizados em cinco setores regionais de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) que prestam serviços de saúde especializados, incluindo cuidados intensivos, cirurgia e tratamento de doenças crónicas e complexas.

Os hospitais do SNS são unidades de saúde que disponibilizam um conjunto de cuidados diferenciados, para uma assistência curativa e de reabilitação (Nunes⁴²).

Os cuidados de saúde diferenciados e altamente especializados são fornecidos por unidades de saúde autónomas (USF) e hospitais universitários, responsáveis por fornecer serviços de saúde altamente especializados e que geralmente requerem equipamentos e recursos avançados (Simões et al.⁴³).

Em Portugal o Ministério da Saúde é responsável pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), que define as políticas nacionais de saúde. A descentralização do SNS ocorre a 3 níveis: Nacional ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde; Regional - ARS – Administração Regional de Saúde (Norte, Central, Lisboa e vale do Tejo, Alentejo e Algarve; a nível Local - ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde (Santos et al.⁴⁵).

A nível das Regiões Autónomas da Madeira e Açores existem sistemas de saúde com políticas de saúde próprias e autónomas, em permanente articulação com as estratégias nacionais definidas.

Ainda neste âmbito, Nunes⁴⁶ acrescenta que o Ministério da Saúde é responsável pela definição e condução política nacional da saúde, do uso racional dos recursos existentes e a avaliação de todos os resultados alcançados. De acordo com este autor, a ação do SNS é também descentralizada, caindo nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) a missão de garantir à população da sua área geográfica ao acesso a cuidados de

saúde adequados às suas necessidades e que garantam o cumprimento das políticas e programas de saúde.

Segundo a Lei de Bases da Saúde 95/2019⁴⁰ cabe às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira possuírem uma organização e funcionamento próprios, com o desenvolvimento dos sistemas regionais de saúde, estabelecendo a articulação e a referenciação para efeitos do acesso às prestações de saúde necessárias a nível nacional. A nível das autarquias locais, estas deverão participar ativamente na proteção da saúde das suas comunidades, nas vertentes individual e coletiva.

Os principais desafios para o SNS atualmente são a sua própria sustentabilidade, quer a nível técnico (investimento e recursos humanos), social (o que as pessoas esperam e desejam), política e financeira (Barros⁴⁷).

É particularmente importante uma forte aposta na integração dos cuidados, gerindo o percurso das pessoas através dos serviços de que necessitam. As transformações indispensáveis para responder a estes desafios são complexas e muito exigentes. É importante repor e acrescentar recursos ao SNS, segundo as necessidades atuais da população (Sakellarides⁴⁸).

A Fundação para a Saúde do SNS⁴¹ acrescenta que SNS é um património dos portugueses, independentemente da sua condição social e económica, garantindo que nos momentos de necessidade, ninguém fique excluído de aceder e de receber os cuidados de saúde necessários.

3. Governança em saúde

A governança refere-se ao modo como os governos e outras organizações interagem, relacionando-se com os cidadãos e como as suas decisões são tomadas. A governança pode ser definida como uma forma flexível de “poder político, processo coordenado e negociado entre diversos atores, públicos e privados, incluindo grupos sociais e instituições, com o objetivo de alcançar as metas coletivamente definidas” (Santos¹⁸).

Na maioria da literatura científica que aborda esta temática, entre as quais a Fahy et al.⁴⁹ a governança em saúde é encarada como o conjunto de processos,

estruturas e mecanismos que permitem a tomada de decisões, a gestão de recursos e a coordenação de ações na área da saúde, com o objetivo de garantir o acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde

São várias as orientações que sublinham a importância da governança em saúde no processo de tomar decisões que contribuam para uma melhoria da saúde e bem-estar da população e a redução das desigualdades em saúde (Santinha⁵⁰).

A Governança não se baseia num paradigma coeso e consensual, sendo o produto uma realidade em evolução, que traz mudanças ao exercício do papel do estado e à sua interação com a sociedade (Monteiro et al.⁵¹).

Para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde⁵² é importante distinguir os conceitos de governação no sentido de *governance* (governança) e de governação no sentido de execução da ação do governo. A governança (*governance*) abrange os princípios das relações de poder, capazes de promover os interesses efetivos do cidadão, com os quais se identificam e avaliam as regras de decisão coletiva. A governação, engloba os aspetos operacionais de governo: legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, entre outros.

Segundo a bibliografia científica existente, os nove princípios da boa governança são (Santos¹⁸, figura 4):

- **A participação:** todos os que participam no processo de tomada de decisão, direta ou indiretamente;
- **A orientação para consensos:** mediação de diferentes interesses para atingir um consenso;
- **A visão estratégica:** perspetiva a longo prazo
- **A resposta:** as instituições e os processos tentam satisfazer todos os interessados;
- **A efetividade e eficiência:** satisfazer necessidades, produzindo resultados com a melhor utilização possível dos recursos;
- **A responsabilização:** dos agentes de decisão;

- **A transparência:** dos processos, das instituições;
- **A equidade:** a mesma oportunidade de participar nos processos de decisão;
- **O primado da lei:** garantia de um enquadramento legal, justo e imparcial.

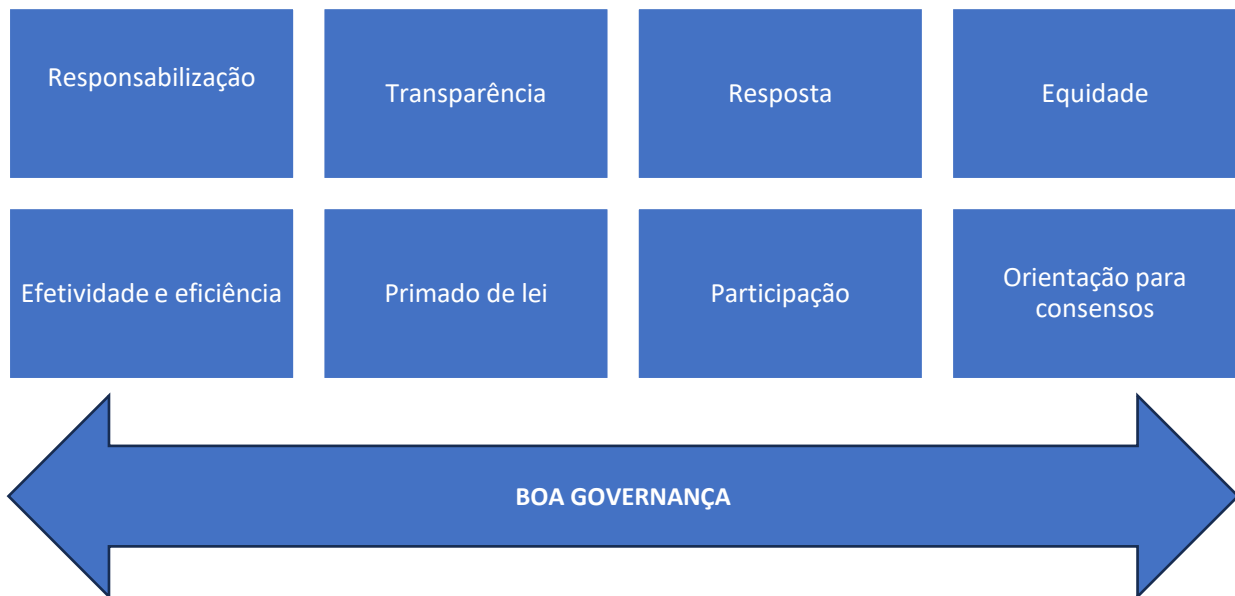


Fig. 4 – Processo de governança em saúde

Adaptação: Santos, A. “Gestão da mudança na saúde: do planeamento à governança em saúde. Um contributo para a governança local em saúde” 2018.

Uma política de saúde explícita deve ser elaborada baseando-se em mecanismos de governança que definam prioridades e o papel dos diferentes agentes em saúde envolvidos, construindo uma agenda conjunta, com consensos e informando a sociedade (Santinha⁵⁰).

A boa governança na saúde é a capacidade de ativar a participação de todos os envolvidos no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que originem sistemas de saúde equitativos e sustentáveis sendo elementos essenciais a centralidade nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação regulares (Santos¹⁸).

As transformações indispensáveis para responder a estes desafios, de acordo com Sakellarides⁴⁸ são complexas e exigentes, reconhecendo que uma gestão

das necessárias 'mudanças adaptativas de proximidade', exige um vasto enquadramento analítico e estratégico, de boa governança e governação. Ainda de acordo Sakellarides⁴⁸, a consciência coletiva dos desafios de saúde da atualidade e uma acrescida capacidade em gerir mudanças socialmente complexas, permitirá organizar uma direção estratégica para o SNS.

A mudança duma visão setorial da saúde para a noção de governança multissetorial, em que a formulação e implementação de políticas para a saúde deve articular-se de forma clara com outras áreas de intervenção, em relações benéficas e de natureza sinérgica, constitui uma importante evolução do ponto de vista concetual. Esta mudança conceptual está sem dúvida associada à constatação de que outros domínios de atuação, que não apenas os cuidados de saúde prestados, podem influenciar o estado de saúde das populações (Santinha⁵⁰).

Para aferição dos critérios e questões associadas a uma boa governança nos Sistemas de Saúde, Santinha⁵⁰ elaborou a seguinte listagem apresentada no quadro 2.

Quadro 2 - Aferição da governança nos Sistemas de Saúde

Critérios	Questões colocadas
Visão estratégica	Qual a importância da saúde nas políticas governamentais? Qual o papel do Estado na prestação de cuidados de saúde?
Participação e consenso	Como são definidas as orientações de política na saúde? Nível de articulação e descentralização nacional e local? Participação e consenso com outros agentes?
Legislação	Como e por quem é apresentada a legislação com impacto na saúde? Como é a legislação posta em prática nos procedimentos?
Transparência	Está disponível a informação sobre os financiamentos? Mecanismos de monitorização da transparência da afetação de recursos? Quem está envolvido?
Capacidade de resposta às necessidades	Avaliação das necessidades em saúde das populações? Qual a importância atribuída à qualidade dos serviços e satisfação dos utentes?
Equidade do acesso	Quais as diferenças no acesso aos cuidados? Como é feita a fetação de recursos?
Eficiência na qualidade de recursos humanos e na comunicação	Como se desenvolve a comunicação dentro do sistema de saúde? Como é feita a atualização de competências dos profissionais?
Responsabilidade	Qual o papel dos media, dos membros eleitos e do sistema judicial? Mecanismos de inspeção existentes?
Informação	Tipo de informação disponível sobre o sistema de saúde? Quem gere a informação relevante? Como é usada na tomada de decisões?

Adaptação: Gonçalo Santinha (2020 – “Territórios (in)justos na saúde: uma reflexão sobre o conceito de governança territorial na saúde”

3.1 Descentralização em saúde

A descentralização dos sistemas de saúde é uma política que tem sido cada vez mais popular na última década, sendo que algumas das razões da sua prática são: os ganhos económicos significativos associados à eficiência, à equidade e ao crescimento económico; permite o ajustamento das políticas de saúde às necessidades locais das populações (Rubio⁵³).

Barbosa⁵⁴ constatou numa revisão da literatura que vários autores definem a descentralização como um processo referente à transferência de autoridade no planeamento e na tomada de decisões. Implica redistribuição do poder e autoridade de um nível superior para um nível inferior de administração, com autonomia. A mesma autora acrescenta que a descentralização pode ainda ser definida como um processo “político-social de transferência de autoridade e de responsabilidade em termos de planeamento, gestão e decisão, do nível central para o nível local”.

A descentralização pode ser vista como um meio de atribuir autonomia às instituições no nível local. Essa autonomia permite que os órgãos utilizem os recursos e tomem as suas decisões sem condicionantes externas, mas com monitorização e avaliação (Barbosa⁵⁴).

Num Estado de natureza social, as autarquias podem assumir funções normalmente desempenhadas pelo Estado, que cada vez mais transfere competências para a administração local, designadamente em áreas como a educação, a saúde, a proteção social, a segurança, entre outras, situação essa constituindo a aplicação do princípio da subsidiariedade defendido na Constituição Portuguesa (Dias⁵⁵).

Na maioria dos países da Europa e nos Estados Unidos, de acordo com Ruiz et al.⁵⁶ o desenvolvimento de políticas e estratégias governamentais no âmbito da saúde, ocorreu mais a nível nacional do que nos restantes níveis. Apenas a Finlândia deu prioridade à sua introdução e desenvolvimento de modelos de governação em saúde a nível local, implementando um sistema de gestão que facilita a ação intersectorial.

Contudo, em outros países, a saúde é da responsabilidade de diversas entidades, e a vários níveis políticos, tal como no Canadá, em Ontário, segundo Petrina et al.⁵⁷, em que as estratégias de saúde pública resultam de um trabalho municipal entre vários parceiros.

A ação intersectorial é também apresentada como essencial na promoção da saúde na Noruega, Synnevåg et al.⁵⁸, referem que, onde os municípios integram nas políticas de saúde a responsabilidade intersectorial, bem como no planeamento e sistemas de gestão os resultados obtidos são mais evidentes.

A cooperação intersectorial permite a otimização dos recursos e dos resultados sendo que, as parcerias estratégicas assumem particular relevância na definição das metas, de prioridades e na definição dos processos de monitorização e avaliação (Santos et al.⁵⁹).

A cooperação intersectorial pode apresentar algumas dificuldades, pois os profissionais, poderão resistir, apresentando uma visão sectorial dos problemas, tornando-se assim essencial criar alianças e sensibilizar os parceiros que tenham uma visão comum nos valores e objetivos pretendidos (Santos et al.⁵⁹).

No Reino Unido, devido à reforma da *Public Health England* de 2013, há uma descentralização de competências em saúde e os municípios recebem uma grande autonomia local (Stahl et al.⁶⁰).

Em Espanha, a racionalização e sustentabilidade da administração local são reduzidas, tanto que as competências em saúde são condicionadas pela sustentabilidade financeira, e estabilidade orçamental, dificultando a implementação de projetos locais de saúde (Ruiz et al.⁵⁶).

Na Bélgica, ainda de acordo com Ruiz et al.⁵⁶, um projeto-piloto foi também implementado em 2018, denominado “*integrated care for better health*” contudo, o governo federal, inicialmente o maior stakeholder neste projeto, deixou de prestar o seu apoio, apesar da inovação e colaboração intergovernamental, bem como a linguagem comum e visão partilhada pelas diferentes regiões envolvidas.

Em Portugal, com a Lei 50/2018⁷ define-se a partilha de competências para as autarquias locais “concretizando os princípios da subsidiariedade, da descentralização administrativa e da autonomia do poder local”.

O Decreto-Lei n.º 23/2019⁶¹ concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais no domínio da saúde. Atualmente prevê-se o estabelecimento de uma parceria entre os municípios e o Sistema Nacional de Saúde relativa aos programas de prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis. Os municípios podem e devem participar e influenciar o plano das políticas de saúde a nível dos respetivos territórios.

A descentralização em saúde é um processo que contribui para uma maior satisfação das necessidades de equidade em saúde, assim como um incentivo de encorajamento à integração da prestação de cuidados. Este processo contribui ainda para a redução de gastos, para o aumento da satisfação dos profissionais (Barbosa ⁵⁴).

No Programa do XXI Governo Constitucional a descentralização é apresentada como “base da reforma do Estado, considerando urgente uma transformação no modelo de funcionamento do mesmo”. O Programa do XXII e atual Governo Constitucional contempla a consolidação do processo de descentralização, através da concretização da transferência das competências previstas nos diplomas sectoriais aprovados (Soares⁶²).

No estudo realizado por Soares⁶² na Região do Algarve verificou-se que a transferência de competências para os municípios refletia-se na grande maioria no âmbito da gestão das instalações, equipamentos e serviços de apoio logístico, não incidindo na área da direção técnica e da oferta assistencial de serviços de saúde. Segundo o mesmo estudo, o futuro das estratégias locais de saúde, e respetiva descentralização, deverá ocorrer num contexto de maior proximidade e de gestão mais adequada às realidades e contextos locais, “promovendo uma gestão de meios e de recursos mais eficiente e eficaz, numa lógica de partilha e de equidade que melhorem as condições de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde primários”.

Os municípios e o poder local são um elemento essencial para promover políticas públicas que melhorem a saúde das pessoas e os fatores sociais da saúde, por meio do desenvolvimento de abordagens que incorporem equidade, participação comunitária e parceria intersectorial.

Para a Fundação da Saúde do SNS⁴¹ a promoção da saúde e a prevenção de doenças é uma responsabilidade partilhada, pelo sistema educativo, segurança social, autarquias locais e organizações da comunidade e, não apenas SNS, sendo que este deve atuar como um elemento agregador de todos os contributos, sobretudo se incluir a participação dos cidadãos e das organizações sociocomunitárias.

A Fundação da Saúde do SNS⁴¹ acrescenta que deverão ser tidas em conta as assimetrias regionais e locais, promovendo a participação e decisão na gestão da mudança, há que promover as experiências locais e regionais que possam inspirar outras e, aprender com a própria experiência da mudança.

Um SNS descentralizado e participado por todos é um bem constitucional, um fator de eficiência dos cuidados de saúde prestados, de qualidade para os CSP, de proximidade para as comunidades e fundamentalmente, de satisfação para os utentes (Machado et al.⁶³).

3.2 Planos Municipais de Saúde, Estratégias de Saúde e Planos Locais de Saúde

A descentralização em saúde permite definir responsabilidades contribuindo para a igualdade entre regiões, por uma redistribuição seletiva de recursos evidência tem demonstrado que as organizações mais complexas, como é o caso das da saúde, obtêm melhores resultados se a sua estrutura organizacional for descentralizada (Barbosa⁵⁴).

Este processo não ocorre apenas em Portugal, mas também noutros países europeus, como é o caso da Inglaterra. Contudo, segundo Callway et al⁶⁴, numa pesquisa nacional em Inglaterra com 175 profissionais de saúde pública e planeamento, mais de um quarto dos inquiridos não concordaram com a afirmação de que "a saúde está integrada no planeamento na minha autoridade local", ecoando assim a necessidade de melhorar a forma como a saúde é refletida nas políticas de planeamento. Para os mesmos autores, as três principais barreiras à integração da saúde identificadas pela investigação

relacionam-se com a tradução de evidências locais de saúde, na prática, a falta de recursos das autoridades locais para pesquisar os impactos na saúde e os conflitos entre a entrega de quantidade suficiente em relação à qualidade do desenvolvimento.

Callway et al⁶⁴ encontraram estudos que afirmavam que, embora os planos locais contenham várias políticas com implicações para a saúde, estes nem sempre incluíam políticas baseadas em evidências locais relativas a desafios de saúde específicos, bem como não identificavam as oportunidades para promover a saúde das comunidades.

Os municípios são organizações públicas que se distinguem por possuírem duas características (Soares⁶²):

- 1) autodeterminação: a capacidade para definir a sua própria estratégia, fixar objetivos e gerir os meios, sem submissão a orientações superiores;
- 2) autorresponsabilidade: a não submissão ao julgamento do mérito da sua atividade por parte do Estado.

A autonomia local tem bases históricas firmes em Portugal e, resulta duma evolução. O município tem sido a estrutura principal da administração local, por ter sempre desempenhado as principais tarefas, tendo um importante papel. Esta centralidade do município e a importância da autonomia local não são fenómenos passageiros da atualidade, pois os municípios foram sempre, até agora, o eixo principal e essencial do poder local. As atribuições administrativas e as verbas orçamentais vão continuar a favorecer principalmente os municípios, como a instância central do poder local (Sousa⁶⁵).

O Decreto-Lei n.º 23/2019⁶¹, consolida o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde, transferindo para os municípios as competências de gestão, mas também o estabelecimento de uma colaboração entre os municípios e o SNS, prevendo-se assim que estes possam vir a participar e influenciar o plano das políticas de saúde a nível dos respetivos territórios.

O Decreto-Lei nº 23/2019⁶¹ no seu artigo 7º refere que compete aos municípios elaborar ou atualizar a Estratégia Municipal de Saúde, enquadrada com o Plano

Nacional de Saúde e os Planos Regionais e Municipais de Saúde. Ainda no Decreto-Lei n.º 23/2019⁶¹. O artigo 16º refere que compete aos municípios o desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção da doença, nomeadamente no quadro dos respetivos planos de ação e do Plano Municipal de Saúde.

Nesta linha de planeamento em saúde, e de descentralização, a maioria dos municípios portugueses, tem desenvolvido planos de desenvolvimento social, nos quais incluem a componente da saúde. Alguns possuem estratégias locais de saúde, nas quais se incluem os planos municipais de saúde e perfil de saúde as comunidades.

No que concerne às estratégias locais de saúde, Santos et al.⁵⁹ referem que estas definem-se como o conjunto de metas de saúde, de parceiros sociais, de atividades e de recursos capazes de melhorar o estado de saúde da comunidade. A estratégia local de saúde é um dos principais instrumentos para a concretização dos objetivos do PNS, a nível local. Este processo segundo Santos et al.⁵⁹ o desenvolvimento das estratégias locais de saúde corresponde a um processo de oito passos, inter-relacionados: o enquadramento, a situação local, as metas, as parcerias, as ações efetivas, os programas de ação, os recursos locais, a monitorização e a avaliação.

Para os mesmos autores a estratégia local de saúde é um “motor de mudança” local, cuja definição de conteúdos é complexa, pois, terá de ter um âmbito de ação suficientemente extenso para mobilizar um número considerável de profissionais e intervenientes, para atuar nos problemas de saúde significativos como também nos mais vulneráveis a curto prazo. Deverão ser viáveis, tecnicamente bem definidas, e acessíveis para todos os participantes.

Selecionar as prioridades e as metas de um Plano de Saúde e de uma Estratégia Local de Saúde representa um compromisso social, pois deverá corresponder às prioridades locais, sendo flexível e envolvendo as entidades locais, desenvolvendo-se assim um compromisso e partilha de responsabilidades entre todos os envolvidos. Para os mesmos autores o PLS pretende ser um quadro referencial para as políticas de saúde da comunidade, elaborando estratégias para as principais necessidades de saúde da população (Santos et al.⁵⁹).

Os planos de saúde são o principal instrumento estratégico de planeamento e coordenação a nível regional, sendo da sua responsabilidade proceder a uma análise diagnóstica prévia dos problemas e, em seguida, estabelecer objetivos que incluam ações ou medidas específicas medidas para a sua melhoria Rial- (Vázquez et al.⁶⁶).

Neste sentido, estes planos, entre outros objetivos, devem ser orientados a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis, dando ênfase aos comportamentos mais prejudiciais para a saúde.

Um plano local de saúde é um documento político estatutário que apoia as decisões de desenvolvimento urbano numa área da administração local. Os planos locais necessitam de requisitos mais específicos para as propostas de desenvolvimento, relativas a determinantes mais amplas de saúde, para obter resultados e diminuir as desigualdades no domínio da saúde. No estudo realizado por estes autores na Inglaterra, encontramos a definição dos planos locais de saúde na *National Planning Policy Framework* como "Uma visão positiva para o futuro de cada zona; uma framework para responder às necessidades de construção e outras prioridades económicas, sociais e ambientais; e uma plataforma para a população local moldar o seu meio (Callway et al.⁶⁴).

Segundo Portugal, R et al.³¹ os Planos Locais de Saúde pretendem otimizar os ganhos em saúde, alinhados em torno de objetivos comuns, com a integração dos vários setores sociais, sendo da competência das Unidades de Saúde Pública a nível local a responsabilidade da coordenação técnica do processo de construção, supervisão da implementação e monitorização do PLS. .

A EMS de Leiria⁶⁷ salienta que as EMS dotam a autarquia de um instrumento que fornece a direção que permite dar resposta às necessidades identificadas e, de reunir os esforços de um conjunto de entidades parceiras, que, mantendo a especificidade das suas missões, poderão orientá-las para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida dos cidadãos do concelho. A integração no plano de um conjunto de atividades que já estão em curso e de outras que as vão completar, faz com que os PMS/EMS sejam instrumentos de criação de sinergias que poderão resultar em novas atividades para a solução

de velhos problemas ou mesmo identificação de novos que carecem de respostas diferenciadas.

De acordo com Portugal, R et al.³¹, os planos devem incluir, entre outros elementos, os objetivos, os eixos prioritários, as metas, e a previsão do financiamento das ações planeadas. É importante que a sua elaboração ocorra de forma participativa a partir de um diagnóstico de saúde da comunidade, para que seja possível definir as áreas prioritárias de atuação em contexto de saúde. Outro aspeto a considerar é que todos os intervenientes sociais deverão ter uma participação ativa na sua elaboração e implementação.

Parte III – Metodologia

1. Objetivos

O **objetivo principal** da tese desenvolvida foi:

Descrever as características dos planos e das estratégias municipais de saúde, como ferramentas de estratégia municipal em Portugal e, qual a sua atividade intersectorial com os serviços de saúde.

Como **objetivo secundário** foi ainda definido:

- Construir uma framework de avaliação dos PMS/EMS.

2. Desenho da tese

A tese desenvolvida tratou-se um estudo descritivo, de natureza retrospectiva e, decorreu no período compreendido entre setembro de 2022 e julho de 2023, no qual foram realizadas todas as atividades planeadas (anexo 1).

Pretendeu-se a recolha dos planos municipais de saúde existentes em Portugal, num total de 308 municípios. A amostra correspondeu aos documentos existentes e atualmente disponíveis (população total), que foram recolhidos numa pesquisa nos sites municipais e, disponibilizados pelos próprios municípios após contacto realizado por correio eletrónico. Os documentos encontrados nos sites municipais, encontravam-se disponibilizados nas áreas específicas destinadas à área da saúde ou nas pastas de documentação existente. Foi feita ainda uma pesquisa no motor de busca Google, utilizando os termos “Plano Municipal de Saúde” e “Estratégia Municipal de Saúde”, para completar e confirmar a documentação disponível para análise. Estas pesquisas decorreram nos meses de novembro e dezembro de 2022.

Foi ainda enviado email a todos os municípios portugueses a 6 de maio de 2023 e também à ANMP.

O critério de inclusão foi o último PMS/EMS elaborado pelo município. Outro critério de inclusão foi a designação do documento, pois para além dos documentos designados por PMS, foram ainda incluídos as EMS, pela presente e já referida dificuldade na denominação destes instrumentos de planeamento local.

Foi definida como metodologia de análise dos Planos Municipais de Saúde portugueses colhidos, a revisão documental (“*document review*”), pois consiste num dos principais métodos qualitativos na área da pesquisa das políticas de saúde.

Os documentos que definem o planeamento em saúde local, foram analisados, interpretados e revistos, para descrever o seu conteúdo, categorizar as abordagens, identificar os problemas de saúde específicos existentes, bem como definir os recursos e os intervenientes em todo o processo.

No estudo realizado a abordagem sistemática para a análise documental foi baseada na metodologia READ. As etapas desta abordagem consistem em: (1) ler os documentos, (2) extrair os dados necessários, (3) analisar os dados e (4) sintetizar a informação/conclusões.

Para o suporte ético necessário e fundamental, a presente tese foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina do Porto e pela Comissão de Ética do SESARAM, EPE (estatuto de bolseira concedido pela organização onde desempenho as minhas funções profissionais).

3. Etapas da tese

A tese foi organizada em quatro etapas metodológicas: a primeira foi a construção de um enquadramento teórico, dirigida ao tema em estudo, a segunda etapa foi a recolha dos documentos para análise, a terceira etapa foi a da elaboração da *framework* de análise e a quarta etapa a revisão documental dos planos municipais de saúde portugueses.

A **primeira etapa**, da construção do enquadramento teórico da investigação, pretendeu ainda a recolha da evidência existente acerca dos principais

elementos a incluir na definição das estratégias locais de saúde e, particularmente, na elaboração dos planos municipais de saúde.

Procedeu-se, então, a uma revisão da literatura existente, tendo a pesquisa sido feita, procurando informação publicada desde 2017, incluindo, contudo, artigos de referência anteriores à data definida pela sua importância de conteúdos.

A pesquisa realizada decorreu entre setembro e dezembro de 2023, sendo incluídos novos elementos de pesquisa, ao longo do percurso, sempre que a lacuna de conhecimento científico se apresentava. Esta pesquisa incidiu nas seguintes bases de dados científicas; *Medline, Scopus e Cochrane Library*. A nível académico a pesquisa também incluiu repositórios de algumas universidades, nomeadamente Oxford, Harvard, Cambridge, Escola Nacional de Saúde Pública e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Os organismos em saúde, e outros, de referência consultados foram: *OMS, NHS UK, HHS USA, European Commission – Public health, DGS, ANMP*, Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil Madeira.

Na construção do enquadramento teórico foram incluídos autores de referência, na área do planeamento em saúde, quer a nível internacional, bem como portugueses, independentemente da data das suas publicações.

Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: *health planning, local health planning, health policies, priority-setting, governance and health care, health planes, municipal health planes*.

Utilizou-se ainda, a estratégia de pesquisa bibliográfica em rede, sendo que se acederam a algumas referências bibliográficas citadas nos artigos consultados e considerados mais relevantes.

Na **segunda etapa**, foi realizada a recolha dos documentos para análise. Neste âmbito, foram consultados entre novembro e dezembro 2022, todos os 308 sites institucionais municipais portugueses, para recolha da documentação disponibilizada (Planos Municipais de Saúde e respetivos Perfis de Saúde). Após a aprovação das Comissões de Ética da FUMP e SESARAM, EPERAM (anexo 2 e 3), foi enviado a 6 de maio de 2023, uma mensagem eletrónica a todas as Câmaras Municipais Portuguesas, e também à ANMP, a informar do propósito

da tese e a solicitar o apoio na disponibilização dos PMS existentes. Foram cinquenta e duas, as respostas recebidas das Câmaras Municipais Portuguesas. Destas apenas sete Câmaras tinham Plano Municipal de Saúde desenvolvido.

Na **terceira etapa**, foi elaborada a *framework* de análise e realizada a revisão documental. Para a análise documental o instrumento de avaliação elaborado incluía a avaliação dos vários componentes fundamentais dos planos municipais de saúde, e as estruturas / entidades envolvidas na sua elaboração e concretização (anexo 4).

Na quarta etapa, após toda a procura e seleção realizadas, foram dezasseis os PMS/EMS documentos analisados e, existentes em Portugal e que foram incluídos neste trabalho^{67–82}. Foram ainda analisados os perfis de saúde^{83–86} elaborados, que em algumas situações encontravam-se num documento próprio, mas anexo aos próprio PMS/EMS.

5. Framework para a avaliação das EMS/PMS

Na base conceptual da elaboração desta *framework* foram incluídos os conceitos inerentes ao planeamento clássico em saúde, com todas as suas etapas e componentes.

Os conteúdos da framework inicialmente elaborados foram analisados em conjunto com médicos especialistas em Saúde Pública, com *expertise* em Planeamento em Saúde. Realizaram-se reuniões online e também com troca de informação e partilha do referido documento comentado, entre os vários elementos, procurando-se um assentimento entre os vários elementos envolvidos.

Foi assim elaborada uma ferramenta de consenso, que poderá ser uma proposta de base futura, para conceção e avaliação das EMS/PMS no nosso país. Conforme a metodologia anteriormente descrita, foram então incluídas as variáveis/componentes abaixo descritas (quadro 3):

Quadro 3 – Categorização das Variáveis a analisar

Documentos analisados	Componentes analisadas
Planos Municipais de Saúde portugueses com versão integral (Inclui Perfil de Saúde)	Horizonte temporal
	Entidade responsável pela elaboração
	Colaboradores na elaboração
	Enquadramento teórico
	Perfil Saúde
	Auscultação parceiros/Envolvimento de stakeholders
	Visão
	Finalidade/Objetivos
	Estratégias/Eixos de Intervenção

	Recursos para a implementação
	Monitorização
	Indicadores
	Acessibilidade e comunicação do plano

Adaptado de: *Butterfoss e Dunet (2005)*

Na estrutura conceptual da framework elaborada foi também aplicada uma adaptação do “*CDC Framework for Program Evaluation in Public Health*”^{87,88}. Esta metodologia de avaliação dos planos de saúde pública, surge da necessidade de avaliar o impacto das ações realizadas nas comunidades. Inclui diferentes etapas e standards, que serão seleccionados consoante o propósito do presente trabalho, sendo que os principais pontos que foram descritos são:

- 1- Identificação e envolvimento dos stakeholders: participantes na elaboração e no desenvolvimento, papeis a desenvolver;
- 2- Descrição do Plano: objetivos, população alvo, resultados esperados, estratégias planeadas, recursos disponíveis;
- 3- Focalizar a avaliação: Identificação dos recursos definidos: humanos, materiais e instalações, tempo, outro;
- 4- Identificação da metodologia de avaliação – indicadores existentes posteriormente agrupados e analisados.

Na elaboração da framework foi ainda tido em conta o Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde, publicado pela DGS em 2016, que consiste num guião com as principais diretrizes para a elaboração deste tipo de documentos.

Framework para a avaliação das EMS/PMS

A framework elaborada e proposta, foi agrupada em diferentes variáveis e subcategorias, baseando-se no quadro referencial já descrito. Segue-se então a

descrição da ferramenta elaborada, cuja descrição detalhada encontra-se no Anexo 4:

DESIGNAÇÃO DO DOCUMENTO: Nome que identifica o documento; poderá incluir a designação de Plano Municipal de saúde ou Estratégia Municipal de Saúde.

PERÍODO TEMPORAL: O horizonte temporal refere-se ao período durante o qual uma determinada ação, plano, projeto ou análise é considerado válido, relevante ou aplicável.

ENTIDADE PROPONENTE: entidade que apresenta e propõe o documento elaborado.

ENTIDADES GRUPO DE GESTÃO/EXECUTORA: entidades responsáveis pela elaboração e gestão documental.

STAKEHOLDERS PARTICIPANTES / PARCEIROS: os parceiros que irão ajudar na execução do plano estabelecido.

CONSULTA À COMUNIDADE (Municípios): envolvimento da comunidade na identificação dos principais problemas/necessidades em saúde.

MISSÃO: Definição da organização, da sua razão de ser.

VISÃO: Desejo do estado futuro da organização.

CONTEXTUALIZAÇÃO: existência dos diferentes enquadramentos que servem de base documental.

- Enquadramento teórico:
- Enquadramento Estratégico
- Base legislativa

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE:

- Identificação da população-alvo
- Identificação dos principais grupos de risco
- Descrição do perfil demográfico da população
- Identificação dos principais problemas de saúde (mortalidade
- Identificação dos principais problemas de saúde: Morbidade CSP/ Morbidade hospitalar
- Fatores ambientais que influenciam a saúde da população
- Contexto social e económico

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: identificação das principais áreas de atuação e sua justificação.

OBJETIVOS: metas a serem atingidas para minimizar/resolver os principais problemas e necessidades em saúde identificadas.

ESTRATÉGIAS: atividades a desenvolver para serem atingidos os objetivos definidos.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO: definição do processo de operacionalização das atividades planeadas.

RECURSOS DISPONÍVEIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO**RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO**

SISTEMATIZAÇÃO DO PLANO: apresentação simplificada e esquematizada do plano elaborado.

PLANO DE MONITORIZAÇÃO: avaliação sistemática e contínua do progresso das atividades ao longo do tempo.

PLANO DE AVALIAÇÃO: inclui avaliação dos diferentes indicadores de saúde definidos, e todas as outras componentes associados a este processo.

PLANO DE COMUNICAÇÃO: garantia da divulgação de informação atempada.

SUSTENTABILIDADE: satisfazer as necessidades no presente, sem comprometer a capacidade de satisfazer as necessidades futuras.

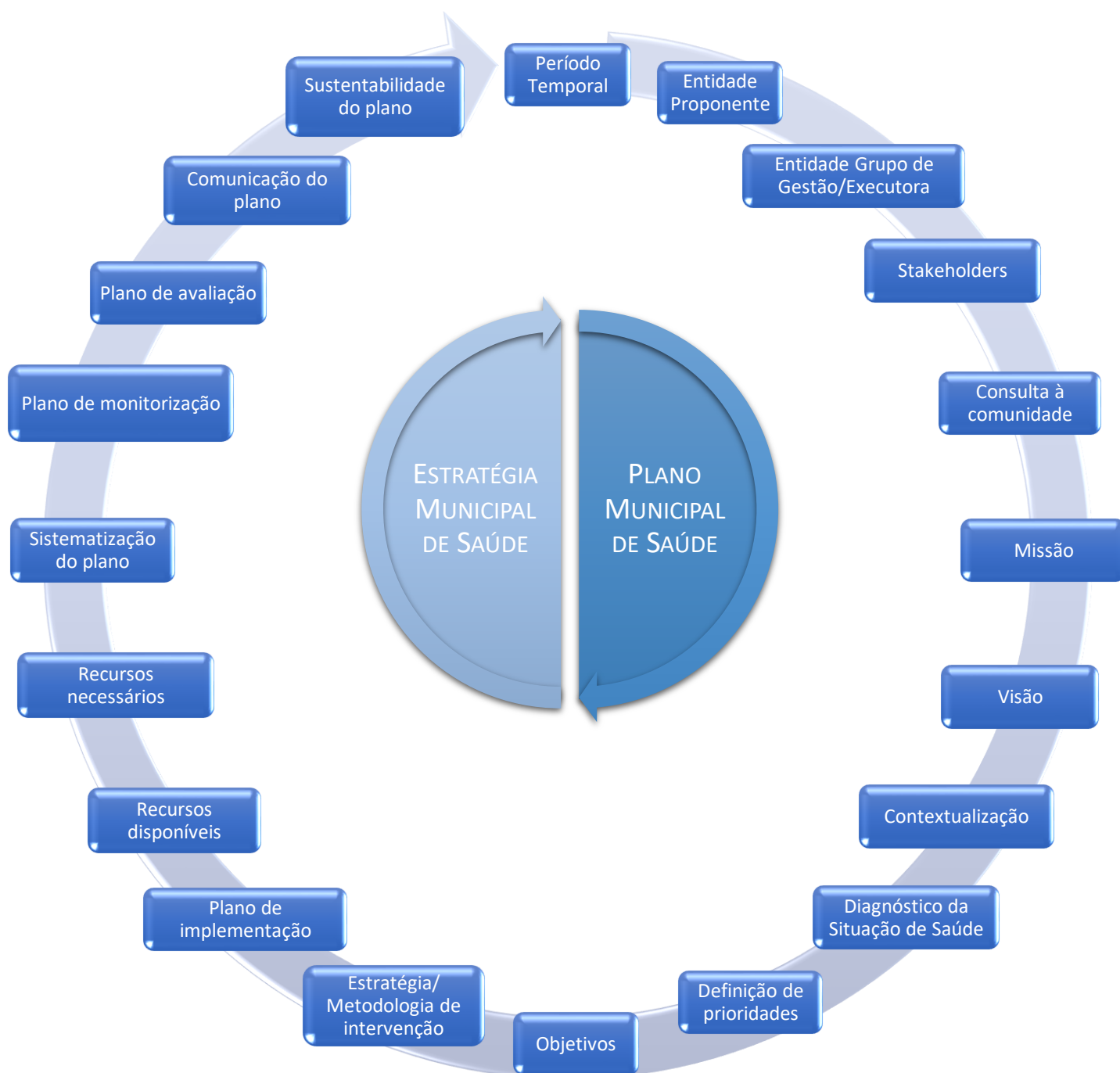


Fig. 5 - Framework para a avaliação das Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

PARTE III – RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados

De um total de 308 municípios em Portugal, foram obtidos 16 documentos para análise, que correspondem aos que se encontram atualmente disponíveis no nosso país.

Designação do Documento

Na variável em estudo verifica-se que na designação atribuída aos documentos elaborados, existem duas denominações, apesar dos seus conteúdos estruturas e propósito serem muito semelhantes.

Existem 11 documentos que na sua elaboração é atribuída a designação de “Plano Municipal de Saúde” e os restantes cinco incluem na sua denominação “Estratégia Municipal de Saúde (Quadro 4).

No que diz respeito à localização dos municípios (Figura 6) que elaboraram os documentos analisados, verifica-se que: sete foram da Região Norte do País, três da Região Centro, cinco da Região de Lisboa e Vale do Tejo, um da Região do Algarve.

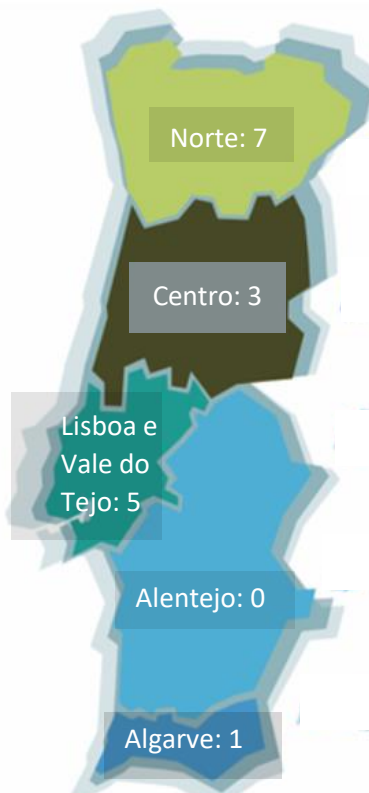


Fig. 6 - Distribuição geográfica das Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde analisadas

Quadro 4 – Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde analisados e sua origem

MUNICÍPIO	DESIGNAÇÃO
Arouca	Estratégia Municipal de Saúde de Arouca- Eixos Estratégicos e Proposta de Intervenção
Baião	Estratégia Municipal de Saúde de Baião
Braga	Plano Municipal de Saúde Braga
Cascais	Cascais - Estratégia local de promoção de saúde
Coimbra	Plano Municipal de Saúde Coimbra
Figueira da Foz	Estratégia Municipal de saúde da Figueira da Foz
Gondomar	Plano Municipal de Saúde de Gondomar
Lagos	Plano Municipal de Saúde e de Desenvolvimento para o Cluster de Saúde e de Bem-estar no Concelho de Lagos
Leiria	Estratégia Municipal de saúde do Município de Leiria
Lisboa	Plano de Saúde, Qualidade de vida e bem-estar de Lisboa
Matosinhos	Plano Municipal de Saúde de Matosinhos
Porto	Plano Municipal de Saúde Porto - Saúde um compromisso para todos
Odivelas	Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no Concelho de Odivelas
Torres Vedras	Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no Concelho de Torres Vedras
Valongo	Valongo Mais saúde - Plano Municipal de Saúde
Vila Franca de Xira	Plano Municipal de Saúde e Bem-estar - Concelho Vila Franca de Xira

Período Temporal

No que concerne ao período temporal, esta variável inclui o horizonte temporal do período de vigência dos planos (data de início e do final), bem como o ano/mês da publicação do documento.

Na análise documental realizado verifica-se que o mínimo de tempo de vigência dos planos foi de 2 anos e o máximo de 7 anos (Quadro 5).

Relativamente ao ano da sua publicação, o primeiro documento elaborado foi em julho de 2015 e o mais recente em dezembro 2022. Nos documentos analisados, três não apresentavam horizonte temporal.

Um aspeto a salientar é que a maioria dos planos elaborados (11 PMS/EMS) foi elaborado após a decisão governamental da transferência de competências na área da saúde para os municípios (Lei 50/2018⁷).

Outra análise a realizar relativamente aos dados obtidos é o alinhamento do horizonte temporal, com o horizonte temporal dos documentos de planeamento estratégico internacional e nacional utilizados como referência. No que concerne aos documentos internacionais os PMS/EMS estão alinhados com o horizonte temporal das publicações da OMS “*Strategizing national health in the 21st century*”¹⁴ e da Nações Unidas “*The 2030 Agenda for Sustainable Development*”².

Os PMS/EMS analisados estão em concordância com o PNS anterior, de “2012-2016 – Extensão a 2020”, bem como o PNS atual “2021-2030”. Esta evidência revela o PNS como um documento de referência, a todos os níveis de planeamento em saúde, bem como para todos os agentes envolvidos.

A maioria dos planos entrou em vigor no seu período de vigência, logo após a sua publicação (apenas um documento foi no ano seguinte à sua publicação).

Quadro 5 – Período de vigência dos Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde analisados

DESIGNAÇÃO	Início	Fim	Mês e ano de Publicação
Estratégia Municipal de Saúde de Arouca- Eixos Estratégicos e Proposta de Intervenção	2023	2026	Não definido
Estratégia Municipal de Saúde de Baião	2021	2026	abril 2021
Cascais - Estratégia local de promoção de saúde	2016	2020	2016
Estratégia Municipal de saúde da Figueira da Foz	2020	2021	fevereiro 2020
Estratégia Municipal de saúde do município de Leiria	2021	2023	fevereiro 2021
Plano Municipal de Saúde Braga	2021	2026	abril 2021
Plano Municipal de Saúde Coimbra	2021	2025	julho 2021
Plano Municipal de Saúde de Gondomar	2015	2017	julho 2015
Plano Municipal de Saúde e de Desenvolvimento para o Cluster de Saúde e de Bem-estar no Concelho de Lagos	Não definido	Não definido	Não definido
Plano de Saúde, Qualidade de vida e bem-estar de Lisboa	2019	2020	outubro 2019
Plano Municipal de saúde de Matosinhos	2019	2021	2018
Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no Concelho de Odivelas	Não definido	Não definido	Não definido
Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no Concelho de Torres Vedras	Não definido	Não definido	Não definido
Valongo Mais saúde - Plano Municipal de Saúde	2019	2025	junho 2019
Plano Municipal de Saúde e Bem-estar - Concelho Vila Franca de Xira	2020	2022	Novembro 2020
Plano Municipal de Saúde Porto - Saúde um compromisso para todos	2022	2024	Dezembro 2022

Entidade proponente

A entidade proponente de todos os documentos analisados foi a Câmara Municipal, assumindo-se assim como um órgão administrativo e governamental, que avoca a área da saúde como prioritária nas suas políticas públicas, e revelando um investimento e interesse pela saúde dos seus munícipes.

Entidade Grupo de gestão/Executora

A principal entidade de gestão e executora dos PMS e EMS analisados foi a Câmara Municipal (a totalidade dos planos) contudo, é de salientar a envolvimento de outras entidades na sua elaboração. Outro aspeto a considerar é a constituição destas entidades executoras envolvidas, sendo que na sua grande maioria, contaram com profissionais de saúde.

Constata-se na figura 7, que nove dos PMS/EMS tiveram na sua execução a participação do ACES, entre as quais quatro com a participação das USP.

Também na execução e gestão dos PMS/EMS houve uma grande participação da Academia, nomeadamente das Escolas de Saúde Pública, mas também da Universidade de Coimbra, Politécnico de Leiria e Universidade de Aveiro.

Entre outras entidades que também participaram na execução dos planos encontram-se: o Grupo de Coordenação do Fórum Concelhio para a Promoção da Saúde, Conselho da Comunidade do ACES; Conselho Municipal de Saúde, Equipa de projeto do programa local de habitação e direitos sociais, a DGS, o Centro de estudos em geografia e ordenamento do território, a Fundação para a Saúde (SNS), e uma Unidade de Saúde local (Matosinhos). Todo este envolvimento revela a preocupação em realizar um planeamento estratégico abrangente e enriquecido com os conhecimentos e contributos dos diferentes agentes incluídos no processo.

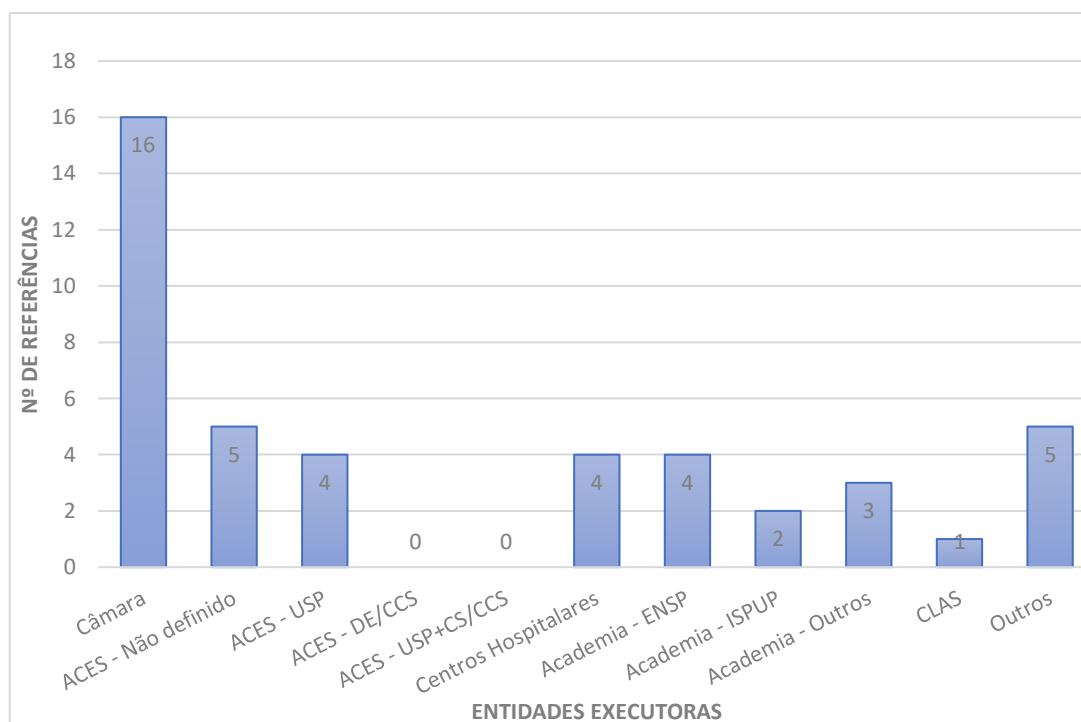


Fig. 7 - Entidade Grupo de gestão/Executora das Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

Stakeholders

Na figura 8 observamos quais os principais parceiros envolvidos no processo de elaboração e futura implementação do PMS/EMS.

Salientam-se os CSP como principal parceiro a nível do desenvolvimento das políticas em saúde municipais (15 PMS/EMS), seguindo-se a Segurança e Proteção Civil (bombeiros e polícia), as entidades de âmbito social e os Cuidados Hospitalares.

Na análise dos dados obtidos, verifica-se que existem outras estruturas, também essenciais no desenvolvimento das estratégias definidas, nomeadamente as entidades de segurança e proteção civil, de apoio social, as autarquias (juntas de freguesia). As instituições privadas assumem um papel importante e de proximidade com a comunidade, sendo parceiros a serem envolvidos, como podemos observar nos resultados obtidos.

Entre outros stakeholders envolvidos nos PMS/EMS, foi possível identificar na análise documental realizada:

- Meios de Comunicação local;
- Ordens Profissionais na área da Saúde: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Nutricionistas e Farmacêuticos;
- Agrupamentos escolares;
- Empresa locais;
- Farmácias / Clínicas privadas
- IPSS/ONG;
- DGS;
- IPMA;
- Cruz vermelha Portuguesa;
- Santa Casa da Misericórdia;
- Liga portuguesa contra o cancro:
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- Associações de pais, estudantes e cuidadores:
- Associações: Abraço, Prevenir, Mundo a sorrir.

Neste âmbito, reitera-se a importância de cada agente envolvido na concretização do plano e, na promoção da saúde das comunidades.

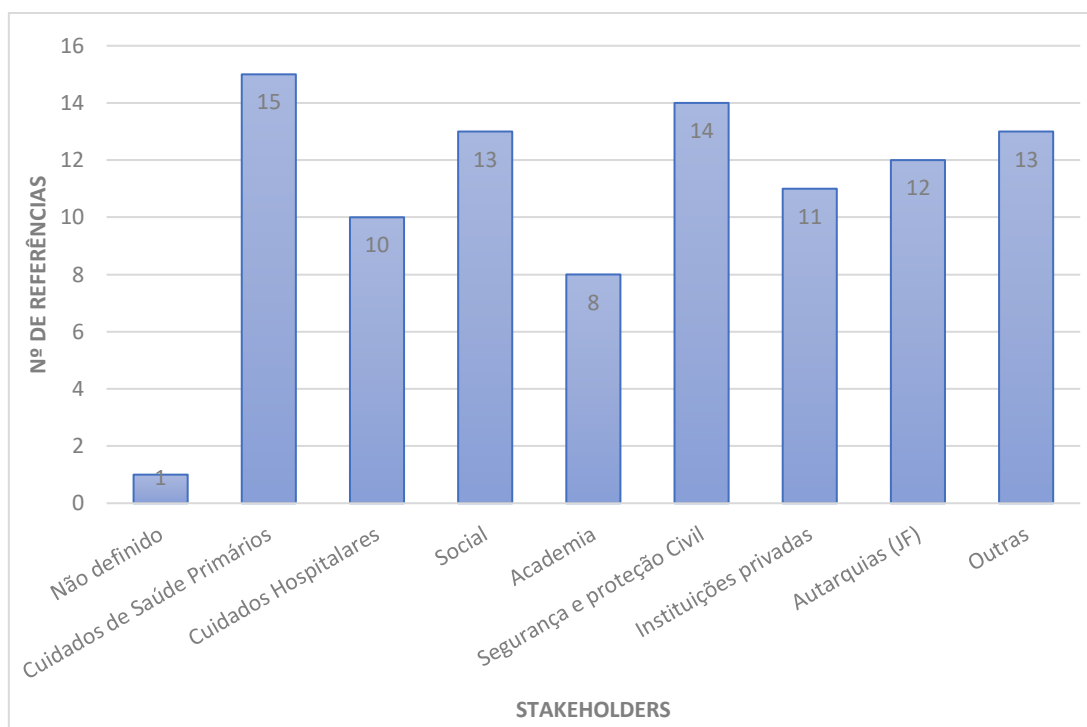


Fig. 8- Principais parceiros envolvidos na implementação dos Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

Consulta à Comunidade

O quadro 6 apresenta os valores encontrados nos PMS/EMS, no que concerne à consulta aos munícipes, prévia ao início dos PMS/EMS, bem como a definição das prioridades definidas pelos próprios cidadãos. Na análise realizada, verifica-se que o envolvimento dos munícipes, na definição das políticas de saúde, que irão ao encontro das suas próprias necessidades, não atinge os 50% dos PMS/EMS (sete PMS/EMS). Também a inclusão das prioridades definidas pelos munícipes ocorre em sete PMS/EMS.

A consulta aos munícipes, nas câmaras que incluíram essa componente na sua metodologia de planeamento, foi feita por: sessões abertas à população, plenários locais de promoção da saúde, questionários digitais, inquéritos à população e fóruns participativos.

Quadro 6 – Participação da Comunidade nos Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

CONSULTA À COMUNIDADE (Municípios)		
	Frequência	Porcentagem
Consulta Pública Prévia ao início do PMS/EMS	7	43,8
Inclusão de prioridades definidas pela comunidade	7	43,8

Missão/Visão

Na análise documental realizada, observa-se que foram seis os PMS/EMS que incluíram nos seus componentes estruturais a missão/visão do planejamento realizado (37,5%).

No quadro 7 são apresentadas a missão e visão dos documentos analisados:

Quadro 7 – Resumo da missão/visão encontrados

Denominação	Missão	Visão
Estratégia Municipal de Saúde de Baião	“A promoção sustentada de condições de vida saudável para todos os municípios e cidadãos que vivem ou trabalham no concelho de Baião”.	“Garantir que toda a população tenha acesso aos cuidados de saúde e a possibilidade de viver com qualidade, esbatendo desigualdades e respeitando os direitos humanos”.
Estratégia Municipal de saúde da Figueira da Foz	“Melhorar a saúde de toda a população do Município da Figueira da Foz, reduzindo as iniquidades em saúde e promovendo a governação integrada em saúde”.	
Estratégia Municipal de saúde do Município de Leiria	“Promover em articulação com as entidades do SNS e outros parceiros sociais a melhoria dos	“Ter todos os cidadãos de município de Leiria empenhados no desenvolvimento de uma comunidade

Denominação	Missão	Visão
	níveis de saúde e bem-estar dos munícipes”.	saudável, assente em elevados níveis de bem-estar individual, familiar e comunitário e na partilha efetiva com os cidadãos de todos os instrumentos que lhe permitam o seu envolvimento nas decisões de saúde”.
Plano Municipal de Saúde Coimbra	“Promover a saúde e a equidade em saúde, em conjunto com os agentes locais e os cidadãos, proporcionando recursos de qualidade através da melhoria contínua das condições do ambiente social, económico, físico e construído e da criação de oportunidades para que todos os munícipes possam atingir o seu potencial máximo de saúde e bem-estar”.	“Coimbra, um município onde todas as pessoas têm oportunidade de nascer, crescer e envelhecer em ambientes que promovam a saúde física e mental, individual e coletiva”.
Plano de Saúde, Qualidade de vida e bem-estar de Lisboa	“Promover a melhoria da saúde da comunidade, através da implementação de projetos com impacto na saúde da população e com metas a alcançar; Criar sinergias entre as diversas entidades locais e sectores da sociedade da área da saúde e em torno de objetivos e projetos comuns, reforçando a abordagem intersectorial e maximizando os ganhos em saúde; Criar uma estratégia única de Políticas de Saúde para a Cidade de Lisboa em articulação com a ARSLVT; Criar o enquadramento e a	“Reduzir as desigualdades em saúde intervindo diretamente nos determinantes sociais que impactam na Saúde, direta ou indiretamente, bem como garantir que todos os cidadãos dispõem de infraestruturas ou serviços de saúde aptos para responder às suas necessidades ao nível de cuidados de saúde primários, secundários e terciários”.

Denominação	Missão	Visão
	estratégia para a promoção de saúde por parte do Município de Lisboa; Dotar o município de um pensamento estratégico que veja a Saúde em todas as políticas; Promover um ambiente de equidade”.	
Plano Municipal de saúde de Matosinhos		“Melhorar a saúde de toda a população do concelho de Matosinhos, reduzindo as iniquidades em saúde e promovendo a liderança, a capacitação e a governação participativa em saúde”.
Valongo Mais saúde - Plano Municipal de Saúde	“Promover de forma sustentada condições de vida saudável para todos os cidadãos e cidadãs que vivem e trabalham no município de Valongo”.	“Garantir que toda a população atinja o potencial de anos de vida com a máxima qualidade numa sociedade equitativa, capaz de superar as desigualdades, sustentada, e que respeite os direitos humanos”.

Contextualização

Relativamente à variável contextualização, esta engloba os vários enquadramentos que servem de base aos PMS/EMS elaborados, nomeadamente o enquadramento teórico, o estratégico, o legislativo e o ético.

Constata-se que todos os documentos analisados se baseiam num destes tipos de enquadramento, salientando esta preocupação das entidades executoras em contruir uma base sólida, que a nível teórico e estratégico, nos planos elaborados.

Foram 16 os PMS/EMS que apresentaram um enquadramento estratégico, 13 os que apresentaram um enquadramento teórico, 9 um enquadramento estratégico.

Enquadramento teórico

Considera-se que os conteúdos terão de ser clarificados e acessíveis a quem os consultar, sendo que nesta análise foram 13 os PMS/EMS que incluíram algumas definições conceptuais na estrutura dos documentos elaborados.

Na estruturação dos documentos analisados, foram vários os conceitos e abordagens tidas como base na sua elaboração, a nomear:

- Conceito de saúde;
- Determinantes de saúde;
- Planeamento em saúde;
- Modelos de avaliação da saúde da população;
- Desenvolvimento sustentável, entre outros conceitos.

Enquadramento estratégico

Consiste nas linhas orientadoras elaboradas, quer a nível nacional ou internacional e que irão determinar a metodologia, a forma de abordagem e os próprios objetivos a serem definidos. Salienta-se que a totalidade dos 16 PMS/EMS procurou ter esta base de atuação, encontrando-se alinhados com pelo menos um dos documentos de referência.

Entre os documentos estratégicos nacionais utilizados salienta-se o PNS, estando em alinhamento com este uma totalidade de 13 PMS/EMS. Outro dos documentos nacionais mais utilizado foi o PLS (11 registos) e os PRS (nove registos). A nível internacional a Agenda 2030² das Nações Unidas foi referida em oito PMS/EMS.

Entre os outros documentos tidos em conta no enquadramento técnico, encontram-se:

- *Health 2000 (OMS)*
- *Health for Grown programme*
- Rede Europeia das Cidades Saudáveis

Considera-se que a documentação estratégica que fundamentou a concepção do PMS/EMS analisados, consiste no que de mais recente e concreto existe a nível mundial e nacional, na definição das políticas de saúde, sendo guias de orientação essenciais para a concepção dos documentos analisados.

Enquadramento Legislativo

Foram nove os PMS/EMS que se apresentaram em alinhamento com as principais leis nacionais que fundamentam os PMS/EMS.

A legislação nacional existente e associada ao planeamento local em saúde e que foi incluída nos OMS analisados foi:

- A Lei de Bases em Saúde⁴⁴ – Revisão realizada em 2022, à Lei de Bases em Saúde de 1990, artigo 27º (participação dos municípios)
- A Lei 50/2018⁷, de 16 de agosto – estabelece os procedimentos de transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais na área da saúde.
- O Decreto-Lei n.º 23/2019⁶¹ - Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais.
- O Decreto-lei 84-E/2022⁸⁹, de dezembro de 2022 – revê o quadro de transferências de competências na saúde, para os órgãos municipais.

Neste âmbito considera-se que, pela recente transferência de competências na área da saúde, para os órgãos municipais, existe ainda uma necessidade de clarificação de algumas áreas interventivas, bem como na definição concreta dos procedimentos a adotar. Também se salienta que o contexto pandémico vivido, foi um obstáculo à concretização plena da legislação em vigor.

Identificação da população alvo

A população alvo foi identificada na totalidade dos PMS analisados. Em alguns documentos foram ainda definidos grupos de risco (Quadro 8), destacando-se os idosos (12 referências) as crianças e jovens em risco (nove referências), as

peças com Deficiência/incapacidade/ dependência (sete referências) e os seus cuidadores informais (cinco referências).

Quadro 8 - Grupos de Risco identificados nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

Grupos de Risco Identificados	Nº de Referências
Idosos	12
Jovens e crianças em risco	9
Pessoas com deficiência/incapacidade/dependência	7
Pessoas vítimas de violência de género/doméstica	6
Cuidadores Informais	5
Pessoas dependentes de substâncias psicoativas/álcool	5
Pessoas em situação de sem abrigo	5
Migrantes	4
Pessoas com carência sócio económica	4
Pessoas com comportamento de risco sexual	3
Pessoas com doença mental	2
Hipertensos	1
Diabéticos	1
Obesos	1

Diagnóstico de Situação de Saúde

Os PMS/EMS analisados na variável diagnóstico de saúde incluíram dados socioeconómicos, demográficos, indicadores de mortalidade e morbilidade. Neste contexto Santos¹⁸ refere que o reforço da cadeia de informação contribui para um corpo de conhecimento sólido, que vai auxiliar as etapas subsequentes do processo de planeamento.

Perfil Demográfico

Na elaboração dos diagnósticos de saúde das populações, foram 14 os PMS/EMS que incluíram o perfil demográfico das mesmas. Este perfil incluía a distribuição da população, a densidade populacional, as estruturas etárias, estrutura familiar, taxa de envelhecimento, de esperança de vida, taxa de fecundidade, entre outras mais subcategorias.

Contexto sócio económico

Na análise realizada, foram 14 os PMS/EMS que definiram o contexto sócio económico das suas populações, o que confirma que este elemento do diagnóstico de situação de saúde da população é de grande importância pois fornece informações sobre as condições de vida das pessoas, das suas necessidades, desafios e recursos disponíveis.

Fatores ambientais que influenciam a saúde da população

Foram 12 PMS/EMS que tiveram em consideração o impacto do ambiente natural e construído, na saúde das populações.

Os principais fatores ambientais referidos foram: a qualidade do ar, a qualidade da água, o ruído, e existência de espaços verdes, a seleção de resíduos sólidos e as próprias alterações climáticas (quadro 9).

Quadro 9 - Fatores ambientais que influenciam a saúde da população

Fatores ambientais	Referências nos PMS/EMS (N total = 67)
Qualidade do ar	12
Qualidade da água	12
Ruído	10
Espaços verdes	7
Clima/Alterações climáticas	6
Resíduos Urbanos/Recolha seletiva	6
Saneamento básico	4
Uso do solo	3
Densidade de construção	2
Poluição	1
Proteção rios e florestas	1
Desconforto térmico das habitações	1
Nível de radiação	1
Resíduos hospitalares	1

Identificação dos principais problemas de saúde

Nesta subcategoria do diagnóstico da situação de saúde da população, foram incluídos os seguintes elementos: Mortalidade, Morbidade/CSP, Morbidade/Cuidados Hospitalares e Outros problemas de saúde.

Na análise realizada verifica-se que todos os PMS/EMS identificaram problemas de saúde nas suas comunidades. 12 PMS/EMS definiram a morbilidade relatada nos CSP (tendo como base os dados fornecidos pelos ACES e os seus respetivos relatórios), 11 PMS/EMS identificaram as principais causas de mortalidade e apenas seis PMS/EMS incluíram a morbilidade identificada nos cuidados hospitalares.

Mortalidade

Foram definidas as principais causas de mortalidade em 11 PMS/EMS analisados. Os dados encontrados, (Quadro 10) revelam que entre as principais causas de morte nos municípios envolvidos encontram-se as doenças cardiovasculares/Aparelho circulatório e os tumores malignos, sendo dos mais referenciados o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões, e o do colon, ânus e reto. Na análise documental realizado existe referência a significativa taxa de mortalidade por suicídio (em cinco municípios).

Quadro 10 - Causas de Mortalidade identificadas nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

Causa de morte	Referências nos PMS/EMS
Doenças Cerebrovasculares/Aparelho circulatório	10
Tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões	7
Tumor colon e reto	5

Causas de lesão e envenenamento/transtornos mentais/Suicídio	5
Doença Isquêmica cardíaca	4
Doenças do aparelho respiratório	4
Tumor Maligno (não definidos)	4
Diabetes	3
Tumor maligno do estomago	3
Tumor mama	2
Tumor pâncreas	2
Tumor do fígado	2
Tumor maligno tecido linfático e hematopoiético	2
Quedas acidentais	1

Morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários

Foram definidas as principais causas de morbilidade nos CSP em 12 dos PMS/EMS analisados. Os dados encontrados nos PMS/EMS foram fornecidos pelos diagnósticos ativos a nível das USF/CS. Entre os principais diagnósticos referidos estão: a hipertensão arterial, as alterações no metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas e a diabetes mellitus (quadro 11).

Quadro 11 – Morbidade identificada nos Cuidados de Saúde Primários

Diagnóstico	Referências
Hipertensão arterial	11
Alterações no metabolismo dos lípidos	11
Perturbações Depressivas	10
Obesidade/ Excesso de Peso	10
Diabetes Mellitus	8
Tabagismo	4
Osteoartrose da anca e joelho	3

Doenças cerebrovasculares	3
Doenças dos dentes e gengivas	3
Síndrome vertebral com irradiação de dor	3
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	2
Tumor colo útero	2
Tumor mama	2
Tumor colon retal	2
HIV	2
Doença Isquêmica cardíaca	2
Demências	2

Morbilidade Hospitalar

Foram definidas as principais causas de morbilidade nos Cuidados Hospitalares em 6 dos PMS/EMS analisados. Os dados encontrados, revelam que entre as principais causas de internamento hospitalar nos municípios que elaboraram os PMS/EMS estão as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório do aparelho digestivo e do aparelho genito-urinário (Quadro 12).

Quadro 12 - Morbidade identificada nos Cuidados Hospitalares

Diagnóstico	Referências
Doenças do aparelho circulatório	6
Doenças do aparelho respiratório	5
Doenças do aparelho digestivo	3
Doenças infecciosas	3
Doenças do aparelho genito-urinário	3
Diabetes Mellitus	2
Doença Isquêmica cardíaca	2
Tumores malignos	2

Outros problemas de saúde

Foram definidos outros problemas em saúde em 15 PMS/EMS analisados. As referências estão no quadro 13, destacando-se o envelhecimento populacional, a baixa taxa de natalidade, os comportamentos aditivos (tabaco, álcool e drogas), o excesso de peso/obesidade e a baixa literacia em saúde das populações

Quadro 13 – Outros problemas de saúde identificados

Problema de saúde	Referências
Envelhecimento	13
Abuso tabaco	11
Abuso álcool	11
Excesso de peso/obesidade	10
Abuso drogas	8
Baixa literacia em saúde	4
Sedentarismo	4
Baixa natalidade	4
Isolamento social/Solidão	3
Doença Mental	2
Acidentes de trabalho	2
Acidentes de viação	2

Definição de Prioridades

Em todos os PMS/EMS analisados foram identificadas as prioridades incluídas no planeamento estratégico elaborado, bem como apresentada a justificação da sua seleção.

No quadro 14, são apresentadas as prioridades definidas nos PMS/EMS, pelos governantes locais, pelas entidades envolvidas na sua elaboração, e nalgumas situações, pela própria comunidade. Salienta-se a literacia em saúde, a

promoção da saúde/estar-estar e qualidade de vida e a acessibilidade/prestação de cuidados de saúde.

As prioridades foram agrupadas pelo número de referências nos PMS/EMS, existindo nos mesmos várias prioridades definidas.

Quadro 14– Prioridades definidas nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

Prioridades	Nº de Referências (identificadas como prioridade)
Literacia	13
Promoção da saúde/bem-estar e qualidade de vida	13
Acessibilidade/Prestação de cuidados de saúde	11
Cidadania e Comunicação	8
Comportamentos e estilos de vida saudáveis	6
Ambientes Favoráveis à saúde	5
Equidade em saúde	5
Melhorar os recursos humanos	4
Políticas e ações integradoras	4
Intervenção em domínios vulneráveis	4
Saúde mental	4
Saúde ambiental	3
Governança e sustentabilidade institucional	3
Adições	3
Envelhecimento Ativo e saudável	2

Objetivos

Na definição dos objetivos foram analisadas as seguintes subcategorias: previsão dos principais problemas de saúde (mortalidade), previsão dos principais problemas de saúde (morbilidade), existência de objetivos gerais/específicos e operacionais e a definição de objetivos segundo a metodologia SMART(Doran²⁴).

No que concerne à definição de objetivos que incluíssem a previsão dos principais problemas de saúde (mortalidade) foi apenas um PMS/EMS a realizar essa definição. Na previsão dos principais problemas de saúde (morbilidade) foram 10 PMS/EMS (62,5%) a incluírem na sua definição de objetivos esta componente. Conclui-se que a definição de objetivos nos PMS/EMS incidiu mais na promoção da saúde e prevenção da doença (também definida anteriormente como uma das maiores prioridades nos PMS/EMS), com incidência na promoção da literacia, de estilos de vida saudáveis e da cidadania das comunidades.

Relativamente à elaboração de objetivos estratégicos e operacionais constata-se que, foram 13 PMS/EMS que definiram os seus objetivos estratégicos e cinco PMS/EMS que definiram os seus objetivos operacionais.

Os 16 PMS/EMS definiram o propósito principal da sua elaboração (nos documentos referidos como objetivos gerais), o que para Drucker²³ refere-se à meta ampla e abrangente que se pretende alcançar com um determinado projeto, programa ou plano.

No que concerne ao planeamento em saúde realizado, os objetivos estratégicos foram definidos em 13 PMS/EMS. Neste sentido a OMS¹⁴ orienta que estes deverão estar em conformidade com as prioridades definidas em comum. A definição de objetivos estratégicos poderá ser feita sob a forma de metas (e as suas linhas de base). Os objetivos operacionais foram definidos em três PMS/EMS. O objetivo operacional é uma meta específica, mensurável e de curto prazo, que se propõe alcançar em um determinado período, sendo os PMS/EMS documentos estratégicos, as referências aos objetivos operacionais são assim, em número reduzido.

Objetivos SMART

Portugal, R. et al.³¹, recomendam que a definição de metas nos planos seja realizada com a metodologia SMART, o que nos PMS/EMS analisados, foi definido da seguinte forma: 15 PMS/EMS definiram objetivos relevantes ; foram 13 os PMS/EMS que nos seus conteúdos incluíram objetivos específicos e atingíveis; em cinco PMS/EMS encontramos alguns objetivos mensuráveis e, em dois PMS/EMS encontramos alguns objetivos com tempo definido..

Estratégias – Metodologia de Intervenção

Na análise documental realizada verifica-se que foram 14 os PMS/EMS que definiram as suas estratégias de intervenção. Relativamente às etapas do plano foram 6 os PMS/EMS que as identificaram. Os intervenientes em cada etapa dos PLM foram assinalados em 5 PMS/EMS.

Plano de implementação

Nos PMS/EMS analisados apenas quatro fizeram referência ao seu plano de implementação e destes, apenas um incluiu um cronograma de atividades realizadas.

Recursos disponíveis/Necessários para a implementação do plano

Na análise documental realizada, verifica-se que nenhum PMS/EMS apresenta e define os recursos disponíveis e necessários para a implementação dos mesmos. A identificação dos recursos humanos (profissionais envolvidos), materiais, tecnológicos e financeiros não existe nos documentos elaborados. Alguns PMS/EMS apresentam listagens de alguns stakeholders, que poderão ser agentes na operacionalização dos planos, contudo não fazendo propriamente parte dos recursos disponíveis pelos municípios.

Sistematização do Plano

Na simplificação dos conteúdos apresentados nos PMS/EMS, facilitando a sua leitura e consulta, foram sete os documentos analisados que revelaram essa esquematização de conteúdos. As ferramentas utilizadas foram as tabelas e as figuras esquemáticas. O cronograma foi utilizado em apenas um PMS/EMS.

Salienta-se que a sistematização do plano tornaria o documento mais acessível a quem o consultasse e, o cronograma auxiliaria na gestão do tempo, no registo visual das atividades a realizar, dos seus prazos e da sua sequência de execução.

Plano de monitorização

Os planos de monitorização foram apresentados em sete dos PMS/EMS. Nestes, a definição dos instrumentos de avaliação e, os momentos definidos para a monitorização foram identificados em sete PMS/EMS. Os responsáveis por este processo estavam identificados em quatro PMS/EMS. A identificação de indicadores de processo e indicadores de impacto em saúde ocorreu em três PMS/EMS.

Entres os instrumentos de avaliação definidos encontra-se a elaboração e recolha de indicadores de saúde, os inquéritos à população, os sistemas de informação em saúde, os questionários aos *stakeholders* e a autorreflexão e reflexão pelos *stakeholders*.

Plano de avaliação

Identificação dos resultados esperados

Foram sete PMS/EMS que referiram nos documentos elaborado quais os resultados esperados, após a operacionalização das atividades programadas (ganhos em saúde que pretendem ser alcançados).

Avaliação Intercalar

Na variável do plano de avaliação, a subcategoria avaliação intercalar foi definida em cinco PMS/EMS. Os momentos para esta avaliação e a identificação dos instrumentos de avaliação encontram-se também em cinco PMS/EMS.

Os instrumentos de avaliação definidos (em cinco PMS/EMS) consistem nos que também foram definidos no plano de monitorização: indicadores de saúde, inquéritos à população e questionários aos *stakeholders*.

Os indicadores de avaliação intercalar definidos (figura 9) apresentam raras referências, sendo que os mais representativos são os indicadores de resultado.

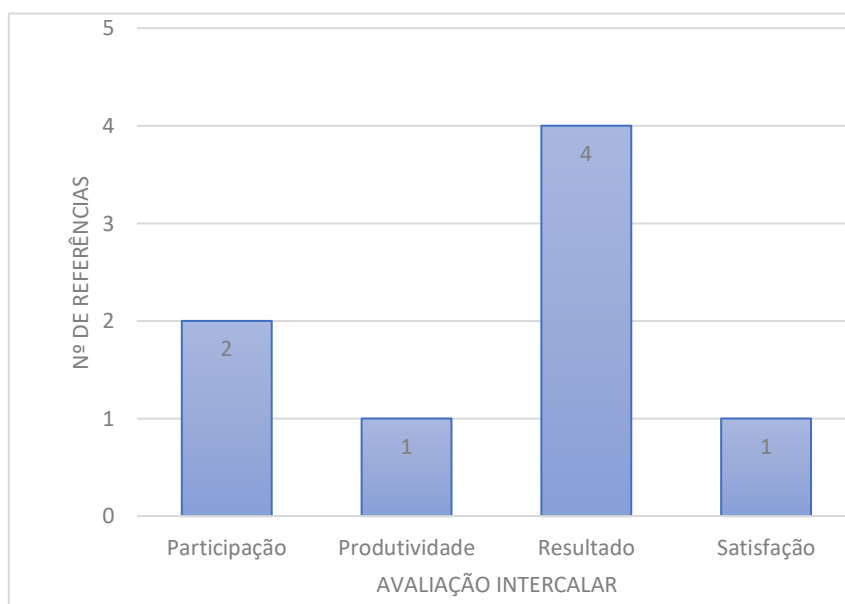


Fig. 9 – Nº de referências aos Indicadores da avaliação Intercalar existentes nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

Avaliação Final

Na avaliação final programada verifica-se os mesmos dados encontrados na avaliação intercalar, sendo que a única alteração é o número de PMS/EMS que incluíram esta etapa, sendo seis os planos identificados (figura 10).

Relativamente aos indicadores de avaliação apresentados na avaliação final, também apresentam os mesmos valores anteriores, muito abaixo do que seria desejável. Alguns PMS/EMS projetam a elaboração futura de indicadores pelas entidades envolvidas, não estando, contudo, definidos os mesmos nos PMS/EMS elaborados.

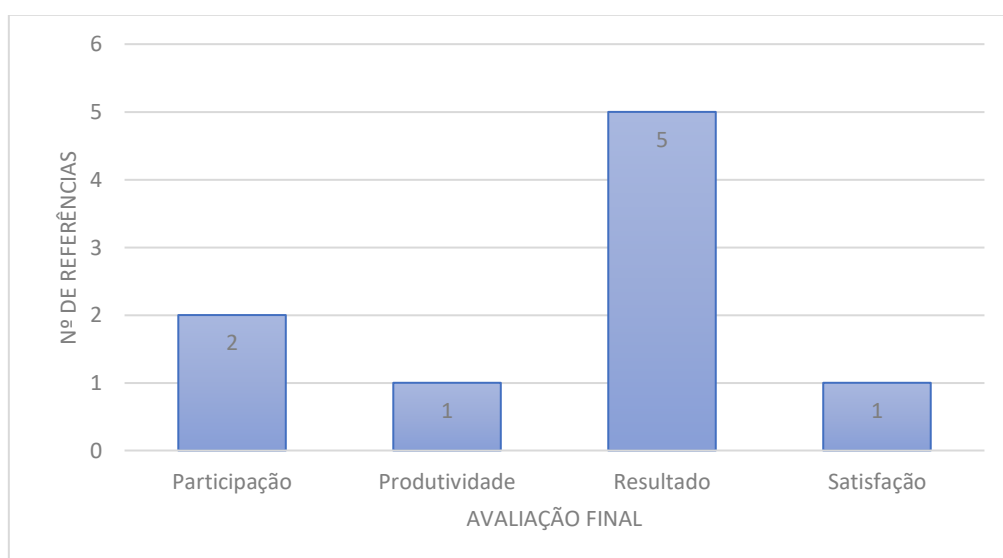


Fig. 10 –Nº de referências aos Indicadores da Avaliação Final existentes nas Estratégias Municipais de Saúde/Planos Municipais de Saúde

Comunicação do Plano

Nos PMS/EMS analisados não foi definido em nenhum deles um plano estruturado de comunicação dos mesmos. Relativamente à acessibilidade destes documentos, encontram-se 12 dos PMS/EMS analisados nos sites autárquicos.

Plano de sustentabilidade

Não identificamos nenhum plano de sustentabilidade definido nos PMS/EMS analisados.

2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Verifica-se que na designação atribuída aos documentos elaborados, existem duas denominações, apesar dos seus conteúdos, estruturas e propósito serem semelhantes.

Esta situação advém da pouca clarificação na própria legislação associada à sua elaboração, que foi melhorada em dezembro 2022, apesar de carecer de uma melhor definição.

No que concerne aos conteúdos legislativos a Lei 50/2018, de 16 de agosto⁷, no artigo 13º refere que para além de várias outras competências, as Câmaras Municipais deveriam “Participar nos programas de promoção de saúde pública, comunitária e vida saudável e de envelhecimento ativo”.

No Decreto-Lei n.º 23/2019⁶¹, o artigo 7º referente aos documentos estratégicos diz-nos que “A câmara municipal (..) elabora ou atualiza a **Estratégia Municipal de Saúde**, devidamente enquadrada e alinhada (...) com o **Plano Municipal de Saúde**, submetendo-a a aprovação da assembleia municipal”.

Só em dezembro de 2022, já após o início deste estudo, foi publicado o Decreto-lei 84-E/2022⁸⁹, que no seu artigo 7º clarifica a EMS como um instrumento de planeamento estratégico a nível municipal.

Destaca-se que os maiores centros urbanos estão representados na elaboração dos PMS/EMS e, salienta-se que os municípios deverão melhorar a sua ação, a nível da elaboração das estratégias de saúde a serem implementadas, e respetivos planos, pois o número de documentos existentes a nível nacional, não traduz ainda essa realidade

A situação descrita poderá potencializar as assimetrias e desigualdades, na acessibilidade e nos cuidados de saúde que as populações usufruem. Estes dados, corroboram os achados num estudo desenvolvido por Callway et al⁶⁴ que refere que os planos locais, necessitam de requisitos mais específicos para o desenvolvimento de propostas na área da saúde, a fim de alcançar potenciais resultados e diminuir as desigualdades que daí possam advir. Nas conclusões do referido estudo é recomendada a inclusão das políticas de saúde a nível local,

como uma oportunidade de fortalecimento, através do desenvolvimento de planos de gestão em saúde.

Quanto ao período temporal dos documentos analisados e ao seu alinhamento com o horizonte temporal dos documentos de planeamento estratégico internacional e nacional utilizados como referência, estes estão alinhados com o período temporal mais amplo dos planos internacionais, nomeadamente da OMS *“Strategizing national health in the 21st century”*¹⁴ e da Nações Unidas *“The 2030 Agenda for Sustainable Development”*².

De facto, a utilização destes documentos de referência a nível mundial, é essencial na definição das estratégias a serem definidas, no suporte necessário à sua conceção, e no estabelecimento de objetivos estratégicos, estando assim o território nacional em concordância com as políticas de saúde mundiais.

Os PMS/EMS analisados estão em concordância com o PNS em vigor no seu período de vigência. Salienta-se que esta evidência, revela o PNS como um documento de referência, a todos os níveis de planeamento em saúde, bem como para todos os agentes envolvidos, servindo de base ao planeamento regional e local.

Sendo a Câmara Municipal a principal proponente na elaboração destes documentos, poderá fortalecer a base das políticas em saúde municipais, resultado de uma colaboração intersectorial participativa, desenvolvida em função das necessidades específicas das localidades dos contextos que as envolvem e das necessidades em cuidados de saúde das suas comunidades. Neste âmbito, os dados encontrados estão em concordância com o estudo elaborado por Ruiz et al⁵⁶ que concluíram que, o municipalismo não deve ser encarado apenas como a implementação de políticas públicas a nível municipal, mas também como uma forma de fazer política que se caracteriza pela construção de dinâmicas comunitárias, criando ambientes que respondam às necessidades das pessoas, o que está profundamente relacionado com o conceito de municípios saudáveis.

Efetivamente, Ruiz et al⁵⁶, acrescentam que, os municípios devem procurar adaptar-se às novas realidades sociais, criando e propondo modelos organizacionais mais horizontais e flexíveis, promovendo a sua autonomia local,

dotando os conselhos locais dos recursos necessários, procurando a eficiência das suas ações e construindo redes e alianças de governação local.

De facto, nos planos mais recentes é mais visível o nível de envolvimento e participação de outras entidades na sua elaboração, como constata-se na análise documental realizada, sendo realmente fundamental a participação dos diferentes agentes sociais e de saúde da comunidade.

Os resultados da tese, vão ao encontro do estudo realizado em 2017, por Synnevåg et al.⁵⁸, que refere que a ação intersectorial é apresentada como essencial para a promoção da saúde da população, em que as equipas de coordenação são facilitadoras, estando disponíveis como parceiros de discussão. No mesmo estudo os municípios são apresentados como entidades gestoras da experiência e conhecimento, num processo de desenvolvimento coletivo entre os diferentes peritos envolvidos.

De facto, o trabalho intersectorial é essencial na promoção da saúde das comunidades, sendo que o contributo de cada parceiro é um componente facilitador do sucesso das estratégias planeadas. A junção de conhecimentos, experiências e recursos, é um garante do sucesso do plano elaborado.

Outra questão a ser alvo de reflexão é que o envolvimento dos CSP, incluindo as USP, é fundamental na planificação dos cuidados de saúde prestados, no qual se inclui a elaboração dos PLS. Neste contexto e para Ramalho et al.⁴⁵, os CSP são cuidados de saúde essenciais, e tornam a saúde universal e acessível a todos os indivíduos e famílias de uma comunidade.

Sem dúvida que os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, quer pela proximidade existente com a comunidade, como também pela abrangência dos serviços prestados, são elementos essenciais na definição e implementação das políticas de saúde locais.

Na realidade, e de acordo com Ramalho et al.⁴⁵, os sistemas de saúde com melhores resultados financeiros e clínicos são aqueles que envolvem a participação ativa do CSP, colocando-lhes um maior enfoque e, aumentando assim, a sustentabilidade de todo um sistema de saúde.

Também para Holloway et al.⁸⁸ (MMWR) o trabalho de planeamento em saúde pública envolve parcerias, que são de facto essenciais para o atingir dos objetivos definidos e para o sucesso de todo o planeamento realizado. Para estes autores, qualquer avaliação de um programa de saúde pública requer a consideração dos sistemas de valores dos parceiros. As partes interessadas devem ser envolvidas garantindo que as suas perspetivas são compreendidas, bem como as suas preocupações.

Ainda num estudo realizado por Dias⁵⁵, e no que concerne aos stakeholders, a governação local deverá ter uma ação facilitadora, criando condições para que os parceiros da comunidade interajam, acrescentando dessa forma valor “à causa pública”. Indubitavelmente, a governação local deverá ainda ter uma ação orientadora, guiando e catalisando as energias dos diferentes parceiros (públicos e privados), para em conjunto serem encontradas soluções.

No que concerne ao envolvimento da comunidade nos PMS/EMS, este está em alinhamento com as recomendações da OMS⁹⁰, no documento orientador de políticas em saúde *“Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century”*, que nos refere que “a voz da sociedade civil”, incluir indivíduos e organizações é essencial para chamar a atenção para ambientes ou estilos de vida prejudiciais à saúde e para as lacunas na qualidade e na prestação de cuidados de saúde, sendo também essencial para gerar novas ideias e aferir necessidades.

É essencial capacitar os cidadãos para se conseguirem melhorar os seus resultados em saúde e a sua própria satisfação.

Também Carreira e Nogueira⁹¹, salientam que uma das intervenções do poder local é o envolvimento comunitário na tomada de decisões, incluindo sessões de esclarecimento, promovendo assim a literacia em saúde, componente que determina sem dúvida o sucesso de todo o planeamento elaborado.

Apesar da missão e da visão serem instrumentos de gestão muito importantes que providenciam às organizações formas de alcançar um melhor desempenho (Mira⁹²), nos PMS/EMS analisados, nem sempre estes foram explicitados nos documentos, sendo essencial nível de planeamento estratégico.

Outra evidência que carece de reflexão, é a identificação dos idosos como um dos principais grupos de risco no PMS/EMS analisados. Neste contexto, Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas transições demográficas caracterizadas pelo aumento da longevidade, aumento da população idosa e, redução da natalidade e da população jovem.

Pela pesquisa realizada na base estatística PORDATA⁹³, verifica-se realmente que em 2021 existiam 2.423.639 idosos (65 ou + anos), sendo quase o dobro da população entre os 0 e 14 anos (1.343.066). Ainda de acordo com a mesma fonte, e nos últimos Censos realizados, verificou-se que o índice de envelhecimento em 1960 era de 27,3% e no ano de 2021 é de 182,1%. O perfil demográfico descrito suscita sérias preocupações, no que concerne aos cuidados de saúde necessários nessa fase do ciclo vital.

Efetivamente, os dados encontrados, vão ao encontro da preocupação dos governantes locais em contemplar nas suas políticas de saúde a promoção da saúde dos seus idosos, crianças e jovens, e também da realidade nacional e global.

No nosso país foi elaborada pela DGS, em 2017, a “*Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável*”⁹⁴. Neste documento referem que “a continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável, é um imperativo ético”.

No que concerne ao perfil demográfico, os valores encontrados para esta componente em estudo nos PMS/EMS analisados, revelam efetivamente a preocupação dos governantes e das entidades de saúde, de compreender a estrutura, características demográficas da população. A elaboração deste perfil forneceu também informações essenciais para as políticas de saúde públicas e distribuição dos recursos existentes.

A identificação do contexto socioeconómico nos PMS/EMS foi também relevante, e é de facto importante, pois existem fatores que influenciam diretamente a saúde das pessoas, tais como o rendimento familiar, o emprego, a habitação, que determinam a saúde e bem-estar individual e coletivo.

Os PMS/EMS analisados encontram-se em alinhamento com o planeamento sustentável, e com o que a OMS⁹⁵ promove a esse nível, salientando que os seres humanos estão no centro das preocupações no desenvolvimento sustentável.

Neste contexto, efetivamente o homem tem direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza, e com o ambiente que o rodeia. A OMS⁹⁵ acrescenta que os objetivos do desenvolvimento sustentável e a saúde das populações não podem ser alcançados quando não existe um desenvolvimento ecologicamente sustentável. A mesma organização diz que muitos problemas de saúde continuarão a se agravar pela poluição, pelo ruído, pela aglomeração habitacional, pela água e saneamento básico inadequados, pela eliminação incorreta dos resíduos e pelas alterações climáticas registadas a nível mundial.

Sem dúvida que a importância de incluir a avaliação dos riscos ambientais nos PMS/EMS, está também associada às alterações climáticas, cada vez mais evidentes no contexto mundial. A OMS⁹⁵ acrescenta que estas constituem uma das principais ameaças globais para a saúde, se tivermos em consideração a destruição da camada de ozono, a redução da biodiversidade, a degradação dos ecossistemas e a disseminação de poluentes orgânicos persistentes.

Na identificação dos principais problemas de saúde, salienta-se a importância do papel e do trabalho desenvolvido pelos Cuidados de Saúde Primários e pelas Unidades de Saúde Pública, na identificação e acompanhamento dos problemas de saúde das populações onde se encontram inseridos. No que concerne às USP, e segundo o Decreto-Lei nº 28/2008⁹⁶, estas funcionam como Observatório Local de Saúde da área geodemográfica do ACES em que se integram, competindo-lhes elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de promoção da saúde da população.

Outro aspeto que se evidencia é a procura do conhecimento dos profissionais de saúde dos CSP, pelos governantes locais, incluindo as informações recolhidas na elaboração destes documentos estruturais, sendo esta a maior base de

conhecimento da saúde das populações, considera-se por estas razões, uma abordagem que deverá ser sempre realizada.

A identificação dos principais problemas de saúde, pelos CSP, é reforçada num estudo realizado por Ramalho⁹⁷ que corrobora a importância dos CSP na comunidade e o seu trabalho intersectorial, salientando que estes são uma parte fundamental na solução para a qualidade dos cuidados de saúde e bem-estar, demonstrando que reduzem a despesa da saúde individual e dos governos. De facto, os CSP trabalham com muitos parceiros comunitários, identificam a maioria dos problemas de saúde das suas populações, sendo que os mesmos poderiam ser reduzidos se existisse uma maior aposta nas atividades de prevenção primária, realizadas pelos CS.

Ainda na identificação dos principais de saúde nos PMS/EMS, salientam-se as doenças cardiovasculares e os tumores malignos como as principais causas de mortalidade. Estes dados coincidem com os dados nacionais disponíveis. De facto, na consulta à base estatística PORDATA⁹³ (que teve por fontes o INE a DGS), verificamos que em 2021 a principal causa de óbitos em Portugal foram as doenças do aparelho circulatório, seguindo-se os tumores malignos (cujos valores têm vindo a crescer cada vez mais. Existe concordância entre os dados municipais analisado e os dados nacionais existentes, pois também o PNS¹ refere as doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, como as principais causas de morte em Portugal.

Entre os principais diagnósticos dos CSP, referidos nos documentos analisados estão: a hipertensão arterial, as alterações no metabolismo dos lípidos, as perturbações depressivas e a diabetes mellitus.

No PNS¹ destaca-se a importância crescente das doenças osteomusculares, seguidas pela depressão, diabetes mellitus e ansiedade. Para além da problemática das doenças cardiovasculares, salienta-se o número elevado de referências às perturbações depressivas, o que na prática clínica também se constata. Por outro lado, não se esperava um número tão reduzido de referências aos processos demenciais, pois é um dos grandes problemas atuais associados ao envelhecimento populacional, limitante na qualidade que se espera em final de vida e, uma das principais causas de dependência.

A nível dos Cuidados Hospitalares, as doenças do aparelho circulatório novamente encontram-se em destaque, como já referido no PNS¹, assumindo um grande peso nos cuidados de saúde hospitalares prestados e no consumo dos recursos em saúde existentes.

Entre outros problemas de saúde identificados nos PMS/EMS destaca-se o envelhecimento populacional, a baixa taxa de natalidade, os comportamentos aditivos, o excesso de peso e a baixa literacia em saúde das populações). Salienta-se que, muitos são realmente fatores de risco das principais causas de morte e de morbilidade, também identificadas na análise documental realizada.

Existem os programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde⁹⁸ que surgiram com o objetivo de intervir nos vários determinantes destas patologias, de forma sistemática e integrada. Salienta-se os programas prioritários das Doenças Cérebro Vasculares e das Doenças Oncológicas. Também a nível dos factores de risco existentes salienta-se os programas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável e Promoção da Atividade Física.

A Liga Portuguesa contra o Cancro⁹⁹, no seu site institucional alerta a população para os vários fatores de risco da doença oncológica. Esta instituição, refere os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento da doença oncológica, sendo que muitos são coincidentes com os problemas de saúde referenciados nos PMS/EMS: o envelhecimento, o tabaco, a luz solar, a radiação ionizante, determinados químicos e outras substâncias, alguns vírus e bactérias, determinadas hormonas, álcool, a dieta pobre, a falta de atividade física ou o excesso de peso.

Também nos factores de risco para as doenças cardiovasculares encontramos referências nos problemas de saúde identificados. Neste âmbito, Bays et al¹⁰⁰ no estudo realizado alertaram para os factores de risco da doença cardiovascular, enumerando-os: consumo alimentar pouco saudável, inatividade física, dislipidemia, pré-diabetes/diabetes, hipertensão arterial, obesidade, considerações individuais (idade avançada, raça/etnia e diferenças de sexo), tabagismo.

Indubitavelmente, e no que concerne à literacia em saúde, esta deverá certamente ser uma prioridade governamental local, face às necessidades existentes e na resolução dos problemas de saúde identificados neste trabalho. Para Fernandes¹⁰¹ a literacia permite reduzir o impacto das diferenças sociais, culturais e económicas. Para o mesmo autor, a literacia em saúde permite a capacitação do indivíduo, permitindo-lhe compreender os diversos componentes da saúde e facilitando a sua tomada de decisão.

Todos os PMS/EMS apresentaram as suas prioridades definidas. Os resultados desta tese estão em concordância, com a investigação realizada por Puig et al.³⁶, que nos dizem que a priorização em saúde é o tema central, concluindo-se que muitas decisões em matéria de política de saúde são tomadas a nível local, assumindo os governantes locais um papel de relevo em todo este processo. Para estes autores, para além do diagnóstico de situação de saúde realizado, múltiplos factores poderão influenciar a definição das prioridades em saúde, tais como: o orçamento, a compatibilidade com políticas existentes, os interesses dos stakeholders, outras prioridades concorrentes no contexto municipal (educação, infraestruturas, etc.).

Corrobora-se com o estudo descrito, pois é sem dúvida fundamental a determinação de prioridades (com tudo o que este processo que acarreta), a utilização de abordagens técnicas e, o envolvimento da população neste processo.

No que concerne à definição das principais prioridades nos documentos analisado, salienta-se a literacia em saúde, a promoção da saúde/estar-estar e qualidade de vida e a acessibilidade/prestação de cuidados de saúde.

Relativamente a uma das prioridades mais referenciadas nos PMS/EMS analisados, a literacia em saúde (13 documentos), Freitas e Arriaga¹⁰² referem que o conceito de literacia em saúde tem evoluído, sendo hoje um pilar central na Saúde Pública. Os mesmos autores referem que se almeja uma sociedade com elevados níveis de literacia em saúde, que seja participativa a dinâmica, que responda adequadamente à promoção da saúde e prevenção da doença.

Salienta-se que a literacia em saúde facilita a concretização das outras prioridades em saúde definidas nos PMS/EMS analisados, conduzindo a uma melhoria dos indicadores de saúde, da sustentabilidade dos recursos, elevando a saúde e o bem-estar das comunidades.

No que diz respeito à definição dos objetivos nos PMS/EMS analisados, verifica-se que estes dados revelam uma preocupação das entidades executoras na definição dos objetivos dos planos elaborados, contudo a medição dos mesmos deveria estar definida num maior número de documentos, com metas concretas, pois assim dificulta a avaliação dos mesmos. O tempo definido para a sua concretização também poderia ser incluído, contudo, tratando-se de um documento estratégico, muitas vezes não é incluído esta categoria nos objetivos definidos (utilizada mais num planeamento operacional).

Relativamente à identificação das estratégias em 14 PMS/EMS, vai ao encontro do estudo realizado por Santos¹⁸, que confirma que o desenvolvimento de estratégias é essencial na identificação e envolvimento das abordagens e medidas, na tentativa de resolução dos problemas e necessidades de saúde identificados e priorizados nas populações. Realmente as intervenções são medidas para atender às necessidades prioritárias de saúde. Santos¹⁸ acrescenta ainda que existem vários aspetos a considerar durante a implementação das intervenções, tais como “como a efetividade, a eficiência e a temporalidade”. Na definição das estratégias incluídas nos documentos, de facto, foram poucas as referências encontradas na identificação das diferentes etapas bem como dos seus intervenientes, sendo estas componentes estruturais, sem dúvida de uma importância primordial, na fase de operacionalização das estratégias definidas.

A elaboração de um plano de implementação nos PMS/EMS analisados foi diminuta, apesar de ser fundamental para assegurar a execução efetiva das ações e estratégias definidas no plano. Salienta-se que o plano de implementação transforma as metas e objetivos em realidade, orientando as etapas práticas necessárias para alcançar os ganhos em saúde esperados. Ao

contrário do número diminuído de referências nos PMS/EMS analisados, Portugal, R. et al.³¹, salientam que é importante a adoção de um plano de implementação, pois este engloba as intervenções mais adequadas e atingíveis, de acordo com os contextos em que a pessoa se insere: o ciclo de vida, a família, a escola, o local de trabalho, os locais de lazer e as unidades de prestação de cuidados de saúde.

Não foram incluídos os recursos necessários e disponíveis nos documentos analisados. Contudo, esta variável é sem dúvida, de relevante interesse nos PLM, sendo suscetível de melhoria, em publicações futuras. Neste âmbito, Barbosa⁵⁴ no estudo que realizou, refere que existiram muitos planos e projetos que não se operacionalizaram devido à falta de recursos para alcançar os resultados esperados. Para a autora a identificação e sustentação dos recursos que estão disponíveis, bem como os que seriam necessários para a sua implementação é uma etapa fundamental no processo de planeamento em saúde. Salienta-se que ao contrário dos resultados encontrados nos PMS/EMS analisados, Barbosa⁵⁴ refere que nesta etapa deverá existir a tradução dos recursos humanos, materiais, financeiros, temporais e informativos.

Na definição de um plano de monitorização, o valor apresentado foi diminuto e suscetível de melhoria, pois sem dúvida, é necessário o acompanhamento do progresso da operacionalização do plano elaborado. Sobre esta situação, Portugal, R. et al.³¹ recomendam ainda a monitorização da execução das estratégias definidas, supervisionando os elementos-chave do desenvolvimento e da implementação dos planos.

Na prática verifica-se ainda, que existe na maioria das vezes, uma junção na definição dos planos de monitorização e de avaliação dos documentos. Neste âmbito Santos¹⁸ acrescenta que a monitorização é uma avaliação sistemática e contínua do progresso de uma atividade ao longo do tempo, enquanto a avaliação consiste na análise sistemática das ações, procurando melhorar o planeamento ou a implementação de atividades desenvolvidas.

No que diz respeito à definição dos resultados esperados, ou a definição dos ganhos em saúde, estes assumem uma elevada importância, pois para a

DGS¹⁰³, expressam a melhoria dos indicadores definidos, tais como a redução dos episódios de doença, a diminuição das situações de incapacidade, melhoria da qualidade vida e outros. De facto, os resultados em saúde deverão ser identificados nos PMS/EMS elaborados, pois traduzem a mudança no estado de saúde de um indivíduo ou população, após uma intervenção planeada ou, uma série de intervenções.

No que diz respeito à avaliação intercalar, ao contrário das raras referências encontradas nos PMS/EMS, Portugal, R. et al.³¹ reforçam a importância do plano de avaliação na determinação, de forma sistemática e objetiva, da eficácia e o impacto das estratégias. Pelo exposto, salienta-se que nos PMS/EMS analisados, os valores encontrados são ainda passíveis de melhoria, face à importância desta etapa em todo o processo de planeamento em saúde, sendo efetivamente uma componente a melhorar em elaborações futuras.

Outro aspeto a salientar na análise realizada é que, em apenas um PMS/EMS está definida a avaliação da satisfação dos munícipes, após a implementação as atividades planeadas. Apesar de terem sido cinco os PMS/EMS que incluíram o envolvimento da comunidade numa consulta prévia à sua implementação, apenas um município refere procurar avaliar o grau de satisfação após a implementação das atividades programadas. Sendo assim, considera-se que deverá ser dada a oportunidade à comunidade de expressar a sua aceitação e satisfação pelo plano estabelecido.

Os dados apresentados na avaliação final foram diminutos. Neste contexto citamos Drucker²³ “O que pode ser medido, pode ser melhorado”, reiterando a importância do estabelecimento de um plano de avaliação, com toda a estrutura necessária, na avaliação da eficácia, eficiência e outros parâmetros essenciais, após a fase de implementação dos PMS/EMS.

A inexistência de um plano de comunicação nos PMS/EMS é certamente um aspeto a melhorar, na elaboração deste tipo de documentos no futuro, pela importância que o mesmo acarreta. Neste contexto Portugal, R. et al.³¹ dizem-nos que o sucesso da implementação do plano exige um esforço contínuo de comunicação, a nível interno (profissionais e instituições de saúde), e externo

(sociedade civil e poder local). Os mesmos autores salientam que o plano de comunicação deve definir os conteúdos a divulgar, as ações a desenvolver; o público-alvo, a calendarização das atividades e os parceiros da comunidade participantes, algo que não é definido nos PMS/EMS analisados.

Também nos PMS/EMS não existe um plano de sustentabilidade definido. Salienta-se que a OMS⁹⁵ refere que a abordagem aos factores determinantes e subjacentes da saúde, é fundamental para garantir um desenvolvimento sustentável e as melhorias no domínio da saúde a longo prazo. Muito progressos foram alcançados, após o estabelecer de relações entre a saúde e outros sectores, nomeadamente através dos planos municipais e locais. Sem dúvida que esta componente ganha cada vez mais relevância no contexto global atual, por todas as variáveis externas que influenciam a saúde das populações, e pela urgência de compromisso com o ambiente que nos rodeia (humano e físico). Pelo exposto é sem dúvida, de primordial importância a introdução desta componente na estrutura dos PMS/EMS futuramente elaborados.

3. CONCLUSÃO

3.1 Considerações finais

Nas principais conclusões desta tese, salienta-se que no que concerne à denominação dos documentos elaborados existe uma necessidade de clarificação, apesar do Decreto-lei já elaborado. Na denominação atribuída, é importante conhecer a abrangência dos termos utilizados, e qual o seu propósito, pois na prática encontramos documentos com o mesmo objetivo e estrutura, mas com designações diferentes.

A região do país com maior representatividade na elaboração dos PMS/EMS é a região Norte, e em oposição a região do Alentejo que ainda não tem nenhuma publicação disponível deste tipo de documentação. Considera-se que brevemente surgirão novas EMS e PMS, pela necessidade crescente de definir as estratégias em saúde das comunidades, e pelo envolvimento cada vez maior dos municípios, na descentralização da saúde.

A entidade proponente foi em todos os planos municipais a Câmara Municipal, evidenciando a envolvimento da governação local na resolução dos problemas de saúde das suas populações e as competências recentemente atribuídas.

Na elaboração e gestão dos PMS/EMS, e juntamente com as Câmaras Municipais, salienta-se os ACES, reforçando assim o papel central dos Cuidados de Saúde Primários, e das USP em particular, na definição das políticas de saúde das suas comunidades.

Relativamente aos *stakeholders*, permitem a operacionalização das atividades previstas, novamente se destacam os cuidados de saúde primários e, também os cuidados hospitalares. Confirma-se assim a crescente atividade colaborativa entre a governação local e os cuidados de saúde, fundamental na melhoria do nível de saúde dos cidadãos.

O envolvimento da população, nomeadamente na auscultação das suas necessidades em saúde, surgiu em apenas sete dos PMS/EMS consultados,

podendo comprometer à partida o sucesso na implementação do respetivo plano.

Na contextualização dos documentos analisados, verifica-se um satisfatório enquadramento teórico e estratégico, em alinhamento com as principais fontes nacionais e internacionais.

O principal grupo de risco identificado foram os idosos, encontrando-se este resultado, sem dúvida associado ao envelhecimento progressivo e atual, da população portuguesa, exigindo às autoridades políticas e entidades de saúde, um trabalho conjunto sobre quais deverão ser as medidas a adotar perante esta realidade.

Salienta-se que foram 14 os PMS/EMS que apresentaram um perfil de saúde (incluindo as variáveis exigidas), revelando uma preocupação em definir a saúde das suas populações e, garantindo que as estratégias programadas são as necessárias e adequadas.

As maiores causas de mortalidade foram as doenças cardiovasculares e os tumores malignos, alguns evitáveis com a adoção de estilos de vida saudáveis. A morbilidade nos CSP e hospitalar também apresenta valores coincidentes no que concerne às patologias não transmissíveis e associadas a fatores de risco identificados: hipertensão, diabetes, obesidade. Nos CSP salienta-se que, existem cada vez mais situações diagnosticadas de perturbações depressivas.

As principais prioridades identificadas nos PMS/EMS foram a literacia em saúde e a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, estando em consonância com os problemas de saúde atrás definidos. A capacitação dos indivíduos, a adoção de estilos de vida saudáveis e a promoção do bem-estar pessoal e qualidade de vida das populações, são certamente resoluções a desenvolver.

Não existiu a definição dos recursos necessários e disponíveis para a realização dos PMS/EMS, o que poderá comprometer a operacionalização dos mesmos, por escassez de recursos para alcançar os resultados esperados.

Os planos de monitorização e avaliação, bem como os seus componentes, apresentam referências relativamente diminuídas nos PMS/EMS analisados. Sendo esta etapa fundamental no planeamento em saúde, é certamente

importante que estes elementos sejam desenvolvidos e melhorados em futuras publicações desta natureza.

Os planos de comunicação e de sustentabilidade não estão incluídos nos PMN/EMS analisados, daí que pela importância que assumem no contexto social atual, deverá ser ponderada a sua inclusão em documentos futuros.

3.2 Limitações da tese e linhas de investigação futuras

Como principais limitações desta tese, salienta-se o número ainda reduzido de PMS/EMS existentes no território nacional, o que limitou a pesquisa dos documentos necessários para análise.

A escassez de informação, ou estudos neste âmbito dificultou também a pesquisa realizada na elaboração do enquadramento teórico necessário, o que exigiu uma maior dedicação e pesquisa nesta etapa do estudo.

A nível da metodologia que foi colocada em prática, um dos riscos inerentes à mesma é a subjetividade que poderá ocorrer da leitura dos documentos analisados. Para minimizar esta situação, foi elaborada uma framework de avaliação documental, sendo esta uma ferramenta de consenso, objetiva e clara.

A investigação futura na área do planeamento em saúde a nível local é fundamental, pela importância que a descentralização da saúde acarreta na saúde das populações e, pela própria sustentabilidade das políticas definidas. A continuidade dos estudos nesta temática servirá também, para melhorar a estrutura dos documentos elaborados e apresentados à comunidade

A investigação subsequente a esta tese poderá incluir várias áreas temáticas, pois o planeamento em saúde a nível local, engloba uma série de questões que carecem de estudo e reflexão. Esta tese é um ponto de partida, pois o desenvolvimento de políticas públicas na saúde, ao nível da governação local, é tão importante como a nível nacional.

Entre as áreas do planeamento em saúde, que carecem de investigação futura, salienta-se a priorização em saúde, o planeamento sustentável, a

sustentabilidade dos planos e a avaliação dos mesmos após a sua operacionalização.

Qualquer uma das componentes principais da framework, poderá ser um caminho para uma investigação futura, pois constituem os pilares essenciais no planeamento em saúde.

Esta investigação também poderá ser feita com a colaboração entre os governantes locais e os profissionais de saúde, para atingir um melhor nível de saúde comunitário.

Da mesma forma que a investigação nesta temática é uma necessidade atual pelo contexto nacional vivido, urge também a elaboração de documentos de planeamento estratégico em saúde, nos quais se incluem as Estratégias Municipais de Saúde e os Planos Municipais de Saúde, para que seja possível a definição dos objetivos a serem alcançados, das estratégias necessárias para a sua concretização, para direcionar os recursos existentes para as áreas que mais necessitam de intervenção, abordando de forma eficaz os problemas de saúde que afetam os cidadãos.

.

Espera-se que todo o conhecimento produzido pelas evidências alcançadas nesta tese, possam contribuir, para a melhoria futura da qualidade dos planos em saúde municipais elaborados, bem como, que seja um pequeno contributo para a promoção da qualidade de vida e da saúde da nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável: de todos para todos [Internet]. DGS. Lisboa; 2022. 121 p. Available from: https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
2. Nações Unidas. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development Preamble. In: Arsenic Research and Global Sustainability - Proceedings of the 6th International Congress on Arsenic in the Environment, AS 2016. 2016.
3. Henry N. Assessing local health outcomes using spatially-resolved health surveillance data [Internet]. [Oxford]: University of Oxford; 2022. Available from: <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:cf719091-8b70-4f83-ab56-de3001b4f297>
4. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care. In Alma-Ata; 1978.
5. Garcia A, Rodrigues A, Matias-Dias C. Planear para a Saúde: o “6ºP” para o desenvolvimento sustentável. In Barcelona: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/4899>
6. World Health Organization, Government of South Australia. Adelaide Statement II (2017) on Health in All Policies. In Adelaide; 2019.
7. Assembleia da República. Lei n.º 50/2018 de 16 de agosto - Lei quadro de transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais [Internet]. Diário da República - I Série, nº 157, Diário da República n.º 157/2018, Série I 2018 p. 4102–8. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/50/2018/08/16/p/dre/pt/html> [Consultado em 2020-09-10] <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0410204108.pdf>
8. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 23/2019 - quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde Decreto-Lei [Internet]. Diário da República n.º 21/2019, Série I de 2019-01-30. Available from: dre.pt
9. Monedero A, Bikbov B, Santos J, et al. The state of health in the European Union in 2019. In: European Journal of Public Health. Oxford University Press; 2021.
10. Ashley-Norman P, Pucu E. Rebuilding the Americas after COVID-19: next challenges for the region. Lancet Reg Heal - Am [Internet]. 2023 Apr 4;21:1–2. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X23000595?via%3Dihub>
11. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: An overview of systematic reviews. Vol.

- 9, Cochrane Database Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
12. Reinke W. Health Planning for Effective Management. New York: Oxford University Press; 1988. 301 p.
 13. Pineault R, Daveluy C. La planification sanitaria-conceptos, metodos, estrategias. 2nd ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1989. 389 p.
 14. Schmets G, Rajan D, Kandale S. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization, editor. Genebra; 2016.
 15. Imperatori E, Giraldes M. Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Escola Nacional de Saúde Pública, editor. Obras Avulsas; 1993.
 16. Green L, Ottoson J. A Framework for Planning and Evaluation: PRECEDE-PROCEED. Evolution and Application of the Model. In: 10Es Ans Journees De Sante Publique. Quebec: Institut national de santé publique du Québec; 2006.
 17. Guerra M. Health planning - A global perspective. Rev Port Cir Cardio-Torácica e Vasc. 2020 Jan;27(1):7–8.
 18. Santos A. Doutoramento em Saúde Pública em saúde . Um contributo para a governança local em saúde . [Tese de Doutoramento]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública; 2018.
 19. Huebner C, Flessa S. Strategic Management in Healthcare: A Call for Long-Term and Systems-Thinking in an Uncertain System. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jul;19(14).
 20. Ginter P, Duncan W, Swayne L. The Strategic Management of Health Care Organizations. 8th Ed. Willey; 2018.
 21. Larsson A, Fredriksson A. Tactical Capacity Planning in Hospital Departments. Int J Health Care Qual Assur. 2019;32(7).
 22. Greiner A, Knebel E. Health Professions Education A Bridge To Quality. Institute of Medicine of the national Academies, editor. Washington DC: The National Academies Press; 2003.
 23. Drucker P. The Practice of Management. Nova Yorque: Harper & Row; 1954.
 24. Doran G. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. Manage Rev. 1981 Nov;70:35–6.
 25. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6;(7).
 26. Tavares A. Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde; 1990.
 27. Sena C, Ferrinho P, Miguel J. Planos e programas de saúde em Portugal:

- questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. *Rev Port Saúde Pública*. 2006;24(1):5–19.
28. Lima C. Cuidados paliativos domiciliários e a importância do médico de família na sua prestação - SCOPING REVIEW. [Porto]: Faculdade de Medicina do Porto; 2022.
 29. Direção Regional da Saúde. Plano Regional de Saúde 2021-2030. Funchal: Região Autónoma da Madeira. Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil; 2022.
 30. Administração Regional de Saúde do Norte. Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016 [Internet]. 2016. Available from: https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/PlanoRegionalSaudeNorte_2014_2016.pdf
 31. Portugal R, Nunes A, Andrade C. Manual orientador dos planos de saúde. Direção-Geral da Saúde, editor. Desenvolver os Planos Locais Saúde Reforçar o Plano Nac Saúde [Internet]. 2017;26. Available from: www.dgs.pt
 32. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto Lei nº 81/2009 de 2 de Abril - Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República* n.º 65/2009, Série I 2009.
 33. SAVE-UHC. Introducing an Ethics Framework for health priority-setting in South Africa on the path to universal health coverage. *South African Med J*. 2022;112(3):240–4.
 34. Norheim OF. Disease control priorities third edition is published: A theory of change is needed for translating evidence to health policy. *Int J Heal Policy Manag* [Internet]. 2018 Jun;7(9):771–7. Available from: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.60>
 35. Pereira R. Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta. [Lisboa]: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
 36. Puig L, Lusk K, Glick D, Einstein K, Palmer M, Fox S, et al. Perceptions of Public Health Priorities and Accountability Among US Mayors. *Public Health Rep*. 2021;136(2):161–71.
 37. Pierson L, Verguet S. When should global health actors prioritise more uncertain interventions? Vol. 11, *The Lancet Global Health*. 2023. p. e615–22.
 38. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2006;4(14):1–9.
 39. Arnaut A. O serviço nacional de saúde: sonho e realidade. *Acta Med Port*. 2015;28(1):4–7.
 40. República Portuguesa. Lei nº95/2019 de 4 de Setembro - Lei de Bases

- da Saúde [Internet]. Diário da República, Diário da República n.º 169/2019, Série I 2019 p. 55–66. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
41. Fundação Para a Saúde - Serviço Nacional de Saúde. SNS Breve Interpretação e linhas para a sua transformação. Fundação para a Saúde, editor. Lisboa; 2019.
 42. Nunes A, Ferreira DC. The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *Int J Health Plann Manage*. 2018 Jan 1;34(1):1–20.
 43. Simões J, Augusto G, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health System Review. *Health Syst Transit* [Internet]. 2017;19(2):1–184. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330211/HiT-19-2-201>
 44. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 agosto - Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Diário da República, 1ª Série, Diário da República, 1.ª série N.º150 2022 p. 5–52. Available from: dre.pt
 45. Ramalho A, Castro P, Santos J, et al. Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PLoS One*. 2019 Aug 1;14(8):1–20.
 46. Nunes AM. O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. *Rev Gestão em Sist Saúde*. 2020;9(3):499–516.
 47. Barros P. Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos. 4th ed. Almedina, editor. 2019.
 48. Sakellarides C. Serviço Nacional de Saúde: Dos desafios da atualidade às transformações necessários. *Ata Médica Port*. 2020;32(2):133–42.
 49. Fahy N, Mauer N, Panteli D. European support for improving health and care systems [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen; 2021. 58 p. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/>
 50. Santinha G. Territórios (in)justos na saúde: uma reflexão sobre o conceito de governança territorial na saúde [Internet]. 2020. Report No.: 2. Available from: <https://proa.ua.pt/index.php/tpu/article/view/23710>
 51. Monteiro M, Pinto R, Carvalho E, et al. Saúde e Governança em Portugal - Avaliação do Contributo do XIX Governo Constitucional para o fortalecimento de práticas de boa governança na área da saúde (2011-2015). 1st ed. Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde; 2015.
 52. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2003. Saúde: que rupturas? [Internet]. Lisboa; 2003. Available from: <http://www.observaport.com>
 53. Jiménez-Rubio D. Health System Decentralization: Creating as Many Problems Than It Solves? Comment on “The Effects of Health Sector Fiscal Decentralisation on Availability, Accessibility, and Utilisation of

- Healthcare Services: A Panel Data Analysis.” *Int J Heal Policy Manag*. 2023 Oct 18;12:7432.
54. Barbosa P. Descentralização na organização e gestão do Serviço Nacional de Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental [Tese de Doutoramento]. Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública; 2018.
 55. Dias A. Governação autárquica: desafios e oportunidades [Internet]. Tese Mestrado. Faculdade de Direito - Universidade de Coimbra; 2015. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/37029>
 56. Ruiz V, Pozo J, Gómez M, et al. Municipalism and community health: transforming through local government. *SESPAS Report 2018*. *Gac Sanit*. 2018 Oct 1;32:26–31.
 57. Petrina B, Cheyne B, Scales A, et al. Using healthy community design data to monitor and inform planning and public policy. *Can J Public Heal*. 2021;112:1051–8.
 58. Synnevåg E, Amdam R, Fosse E. Intersectoral planning for public health: Dilemmas and challenges. *Int J Heal Policy Manag* [Internet]. 2018;7(11):982–92. Available from: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.59>
 59. Santos A, Dias C, Gonçalves C, et al. Estratégias Locais de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública - UNL. Lisboa; 2010.
 60. Stahl T, Wismar M, Ollila E, et al. Health in All Policies Prospects and potentials. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2006. 299 p.
 61. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro – Concretiza a transferência de competências para os órgãos municipais e das entidades intermunicipais no domínio da educação [Internet]. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 21 2019 p. 1–31. Available from: www.dre.pt
 62. Soares C. Descentralização na área da saúde: o caso da região do Algarve [tese de mestrado]. Universidade do Algarve Faculdade de Economia; 2021.
 63. Machado J, Magalhães I, Rodrigues J, et al. Governação de Saúde e Gestão de Proximidade: A Necessidade de Autonomia de Gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Acta Med Port*. 2017 Jun;30(6):431–3.
 64. Callway R, Gouais A, Bird E, et. Integrating Health into Local Plans: A Comparative Review of Health Requirements for Urban Development in Seven Local Planning Authorities in England. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb;20(4079).
 65. Sousa N. A Autonomia Do Poder Local - 40 Anos De Democracia Local. *Rev da Fac Direito e Ciência Política da Univ Lusófona do Porto*. 2017;1(9):61–77.

66. Rial-Vázquez J, Pérez-Ríos M, Varela-Lema L, et al. Physical activity in the regional health plans in Spain: a review of proposals. *Gac Sanit.* 2023 Jan 1;37.
67. Câmara Municipal de Leiria. *Estatégia Municipal de Saúde do Município de Leiria.* Leiria: Câmara Municipal de Leiria; 2021.
68. Câmara Municipal de Arouca. *Estratégia Municipal de Arouca 2023-2026.* Arouca: Câmara Municipal de Arouca;
69. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Câmara Municipal de Matosinhos. *Plano Municipal de Saúde de Matosinhos - 2019-21.* Matosinhos; 2018. p. 64.
70. Câmara Municipal do Porto, ACES Porto Ocidental, Oriental AP, ISPUP. *Plano Municipal de Saúde 2022-2024 Saúde, um Compromisso de Todos.* Porto; 2022.
71. Câmara Municipal de Odivelas, Escola Nacional de Saúde Pública. *Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no Concelho de Odivelas.* Odivelas;
72. Escola Nacional de Saúde Pública, Câmara Municipal de Torres Vedras. *Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no Conselho de Torres Vedras.* Torres Vedras;
73. Câmara Municipal de Valongo. *Plano municipal de saúde 2019/2025.* Valongo; 2019.
74. Câmara Municipal de Vila Franca de Xira. *Plano Municipal de saúde e Bem Estar 2020-2022.* Vila Franca de Xira; 2020.
75. Câmara Municipal de Baião. *Estratégia Municipal de Saúde de Baião.* Baião: Câmara Municipal de Baião; 2021.
76. Câmara Municipal de Braga, Unidade de Saúde Pública de Braga, ACES Braga. *Plano Municipal de Saúde 2021-2026.* Braga; 2021.
77. Grupo de Coordenação do Fórum Concelhio para a Promoção da Saúde, Câmara Municipal de Cascais. *Cascais | Estratégia Local de Promoção da Saúde 2016-2020.* Cascais; 2016.
78. Câmara Municipal de Coimbra, Universidade de Coimbra. *Plano Municipal de Saúde.* 2021;
79. Câmara Municipal da Figueira da Foz. *Estratégia Municipal de Saúde da Figueira da Foz - 2020-2021.* Figueira da Foz; 2020.
80. Câmara Municipal de Gondomar. *Plano Municipal de Saúde 2015-2017.* Gondomar; 2015.
81. Câmara Municipal de Lagos, Escola Nacional de Saúde Pública. *Plano Municipal de Saúde e de Desenvolvimento para o Cluster de Saúde e Bem-Estar no Concelho de Lagos.* Lagos;
82. Câmara Municipal de Lisboa, ACES Lisboa, ENSP. *Plano de Saúde Qualidade de Vida Bem Estar de Lisboa - Plano de Ação 2019-2020.*

Plano De Ação 2019-2020. 2019.

83. ACES Feira/Arouca. Perfil Local de Saúde 2018 Arouca. Arouca; 2018.
84. Câmara Municipal de Vila Franca de Xira, ACES Estuário do Tejo, Hospital Vila Franca de Xira. Perfil Municipal de Saúde,17. Vila Franca de Xira; 2017.
85. CEISUC, Câmara Municipal de Figueira da Foz. Perfil de Saúde da Figueira da Foz. Figueira da Foz; 2019.
86. Universidade de Coimbra, Câmara Municipal de Coimbra. Perfil Municipal de Saúde de Coimbra 2020. Coimbra; 2020.
87. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs : A Self-Study Guide. Office of Strategy and Innovation. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. 1–100 p.
88. U.S. Department of Health and Human Services C. Continuing Education Examination Framework for Program Evaluation. MMWR. 1999 Sep;48(11):1–40.
89. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto lei 84-E/2022, de 14 de Dezembro transferencias de competencias no domínio da saúde [Internet]. Diário da República: I Série, nº 239/2022, 1º Suplemento. Available from: dre.pt
90. World Health Organization. Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. Delivering Resilient Health Care. Copenhagen; 2013. 1–240 p.
91. Carreira H, Nogueira R. Literacia em Saúde e a Competência dos Poderes Autárquicos. In: Manual de Literacia em Saúde - Princípios e Práticas. 1ª. Lisboa: Pactor; 2023.
92. Mira N. Definição de Missão, Visão e Grandes Objetivos da Resitejo através do Método de Delphi [Tese de Mestrado, ISCTE Business School]. Conselho de Administração. Instituto Universitário de Lisboa; 2019.
93. INE. PORDATA [Internet]. Available from: <https://www.pordata.pt/>
94. Direção Geral da Saúde. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2015. Portugal; 2017.
95. Schirnding Y, Mulholland C. Health and Sustainable Development Key Health Trends World Health Organization. Genebra; 2002.
96. Assembleia da República. Decreto Lei nº 28/2008. Diário da República. 2008;1ª Série(N.º 38 de 22 de Fevereiro de 2008):1182–9.
97. Ramalho L. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Condicionantes e Estratégias [Tese de Mestrado]. [Lisboa]: Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE; 2021.
98. Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. Programas de

- Saúde Prioritários [Internet]. 2022. Available from: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>
99. Liga Portuguesa Contra o Cancro. Factores de Risco [Internet]. Available from: <https://www.ligacontracancro.pt/>
 100. Bays H, Al E. Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors - 2022. *Am J Prev Cardiol.* 2022;10.
 101. Fernandes A. Literacia em Saúde. In: *Manual de Literacia em Saúde - Princípios e Práticas.* 1ª. Lisboa: Pactor; 2023.
 102. Freitas G, Arriaga M. Literacia em Saúde: Da conceptualização à ação. In: *Manual de Literacia em Saúde - Princípios e Práticas.* 1ª. Lisboa: Pactor; 2023.
 103. Direção Geral da Saúde. PNS -Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde. In: *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016.* 2012. p. 1–22.

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma de Atividades

Atividades	2022					2023						
	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho
Apresentação do tema da tese												
Reunião com o professor orientador e professora coorientadora												
Pesquisa documentação apoio/bibliografia												
Elaboração Protocolo de Investigação												
Elaboração revisão literatura e processo metodológico												
Colheita e análise de dados												
Discussão dos resultados												
Entrega do trabalho realizado												

ANEXO 2
PARECER ÉTICO - FMUP

PARECER

100/CEFMUP/2023

Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Parecer/Rapport: 100/CEFMUP/2023

Título do projeto/ Project title: A governação local e os serviços de saúde: uma análise documental aos planos municipais de saúde em Portugal

Investigador/ Researcher: Cisaltina Maria Sousa Pinto

Parecer/ Rapport:

- ☒ Favorável/Accepted
☐ Rejeitado/Declined
☐ Outro

Relatora: Prof.^a Doutora Mónica Correia

Deliberado em reunião plenária da Comissão de Ética de Porto, a 26 de abril de 2023, por unanimidade dos membros presentes.

Solicita-se o favor de após a conclusão do projeto enviar o relatório final com as conclusões do estudo, nos termos do Art.3º n.º 3 alínea f) do Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de outubro.

Porto, 26 de abril de 2023



O Relator da Comissão de Ética
Prof.^a Doutora Rita Negrão



O Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor Rui Nunes

ANEXO 3
PARECER ÉTICO - SESARAM

Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM, EPERAM
Parecer relativo ao documento nº 24/2023

A – RELATÓRIO

A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM (SESARAM, EPERAM), analisou o Projeto/Estudo de Investigação: **"A governação local e os cuidados de saúde: uma análise documental aos planos municipais de saúde em Portugal"**, da investigadora En^ª Cislantina Pinto.

Este estudo de investigação integrado no mestrado em cuidados de saúde primários, pretende uma análise documental aos planos municipais de saúde em Portugal.

B – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPERAM deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião da CES do dia 20 de março de 2023, por unanimidade.

O presidente da CES/SESARAM, EPERAM


(Filomeno Paulo Gomes)

C/Conhecimento:
- Enfermeiro Diretor

Exmas. Senhoras
Enf.ª Cisaltina Pinto
cisasousa@sesaram.pt
Professora Doutora Marta Ornelas
Marta_dora@sesaram.pt

Serviço de Saúde da RAM, EPERAM
SAÍDA

Sua Referência:

Sua Comunicação:

Nº Ofício:

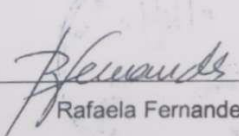
S.23001720 2023/03/31
Classificação: 18.63

Assunto: Projeto de Investigação: "A governação local e os cuidados de saúde: uma análise documental aos planos municipais de saúde em Portugal"

Na sequência do vosso pedido de 01.03.2023, sobre o assunto mencionado em epígrafe, informamos Vossa Exa. que o pedido de autorização para a realização de estudo/projecto de investigação, mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM, o qual se anexa.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração


Rafaela Fernandes

CA/IS

ANEXO 4

FRAMEWORK DESCRIPTIVA

Framework proposta

DESIGNAÇÃO DO DOCUMENTO: Nome que identifica o documento; poderá incluir a designação de Plano Municipal de saúde ou Estratégia Municipal de Saúde

PERÍODO TEMPORAL: O horizonte temporal refere-se ao período durante o qual uma determinada ação, plano, projeto ou análise é considerado válido, relevante ou aplicável.

Início: - Não definido

- Ano

Fim: -Não definido

- Ano

Ano/Mês da publicação:

- Não disponível

- Ano

- Mês

ENTIDADE PROPONENTE: entidade que apresenta e propõe o documento elaborado

- Não definida

- Sim: Câmara Municipal/ CLAS / ACES / Outras (Quais?)

ENTIDADES GRUPO DE GESTÃO/EXECUTORA: entidades responsáveis pela elaboração e gestão documental

- Não definidas

- Câmara Municipal (Sim/Não), ACES – não definido (Sim/Não), ACES – USP /Sim/Não), ACES – DE/CCS (Sim/Não), ACES – USP + DE/CCS (Sim/Não), Centros Hospitalares (Sim/Não), Academia (Sim/Não) - Escolas ou Departamentos de Saúde Pública (ENSP/ISUP), Academia – outros (Quais?), Conselho Local de Ação Social (Sim/Não), Outros (Quais?)

STAKEHOLDERS PARTICIPANTES / PARCEIROS: os parceiros que irão ajudar na execução do plano estabelecido

- Não definidos
- Sim: Cuidados de saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Social, Academia, Segurança e Proteção Civil, Instituições privadas, Autarquias (Juntas de Freguesia), Outras (Quais?)

CONSULTA À COMUNIDADE (Munícipes): envolvimento da comunidade na identificação dos principais problemas/necessidades em saúde

- Consulta Pública prévia ao início do PMS/EMS: Não/Sim
- Inclusão de prioridades definidas pela comunidade (Munícipes): Não definido/Sim

MISSÃO: A missão é a definição de uma organização, da sua razão de ser, respondendo a questões tais como “O que estamos a tentar realizar?”.

- Não definida
- Sim (Qual?)

VISÃO: Desejo do estado futuro da organização, dentro da sua área de atuação, sendo orientada para o futuro. Pretende transmitir o que a organização quer ser e como quer ser vista pelos seus stakeholders.

- Não definida
- Sim (Qual?)

CONTEXTUALIZAÇÃO: existência dos diferentes enquadramentos que servem de base documental.

- Enquadramento teórico: Consiste na base conceptual, nas definições e conceitos estruturantes dos documentos elaborados.

Não/Sim

- Enquadramento Estratégico: base documental de referência: PNS (Sim/Não); PRS (Sim/Não); PLS (Sim/Não); Agenda 2030 (Sim/Não)
- Base legislativa: principais leis nacionais que fundamentam os PMS.

Não/Sim

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE: definir o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os seus problemas e necessidades de saúde, clarificando as intervenções prioritárias levando a potenciais ganhos em saúde

- Identificação da população-alvo: Não/Sim
- Identificação dos principais grupos de risco: identificação de grupos populacionais mais suscetíveis, podendo assim serem implementadas estratégias de saúde pública mais específicas e direcionadas: Não /Sim (Quais?)
- Descrição do perfil demográfico da população: Não/Sim
- Identificação dos principais problemas de saúde (mortalidade): Não/ Sim (Quais?)
- Identificação dos principais problemas de saúde: Morbilidade CSP: Não / Sim (Quais?); Morbilidade hospitalar: Não/Sim (Quais?)
- Fatores ambientais que influenciam a saúde da população: Não /Sim (Quais?)
- Contexto social e económico: Não/Sim
- Outros: Não/Sim (Quais?)

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: identificação das principais áreas de atuação e sua justificação.

- Não / Sim (Quais?)
- Justificação da priorização: Não / Sim

OBJETIVOS: metas a serem atingidas para minimizar/resolver os principais problemas e necessidades em saúde identificadas

- Previsão dos principais problemas de saúde (mortalidade): Não / Sim (Quais?)
- Previsão dos principais problemas de saúde (morbilidade): Não / Sim (Quais?)
- Definição de Objetivos de Saúde Gerais: Não /Sim
- Definição de Objetivos de Saúde Específicos: Não /Sim
- Definição de Objetivos Operacionais: Não/ Sim
- Objetivos SMART: Specific (Não/Sim); Measurable (Não /Sim); Attainable (Não/Sim); Relevant (Não/Sim); Time-Bound (Não/Sim)

ESTRATÉGIAS: atividades a desenvolver para serem atingidos os objetivos definidos

- Estratégias: Não /Sim
- Etapas do plano: Não /Sim
- Definição dos intervenientes em cada etapa: Não /Sim

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO: definição do processo de operacionalização das atividades planeadas

- Não/Sim
- Cronograma: Não/Sim

RECURSOS DISPONÍVEIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO (inclui descrição, quantidade e origem)

- Humanos (Profissionais envolvidos): Não /Sim
- Materiais: Não /Sim
- Tecnológicos: Não /Sim
- Financeiros: Não / Sim

RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO (inclui descrição, quantidade e origem)

- Humanos (Profissionais envolvidos): Não /Sim
- Materiais: Não /Sim
- Tecnológicos: Não /Sim
- Financeiros: Não / Sim

SISTEMATIZAÇÃO DO PLANO: apresentação simplificada e esquematizada do plano elaborado

- Não/Sim: Fluxograma, outras apresentações (Quais?)

PLANO DE MONITORIZAÇÃO: avaliação sistemática e contínua do progresso das atividades ao longo do tempo

- Não / Sim

- Instrumentos de monitorização definidos: Não/Sim (Quais?)
- Momentos para monitorização definidos: Não/Sim
- Responsáveis: Não/Sim
- Indicadores de processo: Não/Sim
- Indicadores de impacto em saúde: Não/Sim

PLANO DE AVALIAÇÃO: inclui a avaliação dos diferentes indicadores de saúde definidos, e todas as outras componentes associados a este processo.

- Identificação dos Resultados Esperados: Sim/Não
- Intercalar: Não / Sim
- Momentos definidos para a avaliação-Não /Sim
- Instrumentos de avaliação definidos - Não/Sim (Quais?)
- Indicadores – Participação (Sim/Não)
 - Produtividade (Sim/Não)
 - Resultado (Sim/Não)
 - Satisfação (Sim/Não)
- Responsáveis (Quais?)
- Final: Não / Sim
- Momentos definidos para a avaliação-Não /Sim
- Instrumentos de avaliação definidos - Não/Sim (Quais?)
- Indicadores – Participação (Sim/Não)
 - Produtividade (Sim/Não)
 - Resultado (Sim/Não)
 - Satisfação (Sim/Não)
- Responsáveis

PLANO DE COMUNICAÇÃO: garantia da divulgação de informação atempada, assegurando o envolvimento dos stakeholders na melhoria da saúde das comunidades.

- Comunicação Interna: Não/Sim (como?)
- Comunicação Externa: Não/Sim (como?)

- Acessibilidade: Não acessível à população/Acessível à população

SUSTENTABILIDADE: capacidade de satisfazer as necessidades no presente, sem comprometer a capacidade de satisfazer as necessidades das gerações futuras

- Plano para garantir a sustentabilidade do plano e intervenções: Não/Sim
- Identificação de riscos à implementação do plano: Sim /Não