



Alto Comissariado
da Saúde



Plano Nacional de Saúde
2011-2016

Estratégias Locais de Saúde

Autores

Ana Isabel Santos, Casimiro Dias, Celeste Gonçalves, Constantino Sakellarides

Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL

Lisboa, Novembro de 2010



Conteúdo

I- Introdução.....	3
II - Estratégias Locais de Saúde	7
III- Antecedentes de Estratégias Locais de Saúde em Portugal	13
IV- Perspectiva Europeia	15
V – Referências Teóricas de Pensamento Estratégico	18
VI - Desenvolvimento das Estratégias Locais de Saúde	23
VI – Conclusões e Perspectivas Futuras	33
Referências Bibliográficas	36

I- Introdução

As “estratégias de saúde” como hoje as concebemos, particularmente a sua dimensão “local”, têm como antecedentes no decurso das últimas décadas, um conjunto de contribuições de carácter conceptual e técnico que interessa revisitar nesta introdução. De entre estas, há que referir aqui particularmente aquelas que acrescentaram novas ideias particularmente relevantes para o desenvolvimento das estratégias locais de saúde.

(a) Extensão do âmbito da saúde pública

O Relatório Lalonde, publicado em 1974, sob a orientação política do Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde - *A New Perspective on the Health of Canadians* - marca o começo de uma nova etapa para a Saúde Pública, começando por redefinir o seu âmbito, de uma forma mais extensa e integrada. O Relatório Lalonde sustenta que para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde.

O Relatório Lalonde deu um novo ânimo ao desenvolvimento do “planeamento em saúde”. Foi a era do *“comprehensive health planning”*. Em Portugal o Gabinete de Estudos e Planeamento na Saúde, tinha já sido estabelecido em 1970. O seu primeiro director foi Arnaldo Sampaio.

(b) Cuidados de saúde de proximidade e a centralidade do cidadão

Enquanto o Relatório Lalonde, recebia um acolhimento e reconhecimento internacional crescente, um outro movimento particularmente importante para a ideia de uma “saúde de proximidade” culminava na Conferência Internacional de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários (OMS, 1978). Na declaração final da Conferência pode ler o seguinte, sobre o que são cuidados de saúde primários: “Cuidados de saúde ... universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação, a um custo comportável para os países, à medida que estes se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”.

Portugal foi um país pioneiro no movimento dos cuidados de saúde primários, com a criação dos “centros de saúde”, a partir de 1971, sob a iniciativa de Baltazar Rebelo de Sousa, Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio.

(c) Compromisso centrado em resultados

No início dos anos 80, nos Estados Unidos da América, o Departamento de Saúde e Bem-Estar, lança uma iniciativa original, denominada “Healthy People”. Mencionando o Relatório Lalonde, para cada um dos domínios mais significativos da saúde pública, faz-se um breve diagnóstico da situação, estabelecem-se metas específicas a atingir num horizonte temporal bem definido e apontam-se as principais medidas para realizar essas metas.

Jo Asvall, novo Director Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa, conhecedor e adepto convicto da filosofia Lalonde, das orientações de Alma-Ata, e das contribuições conceituais e técnicas do “Healthy People”, propõe uma Estratégia de Saúde para a Europa – “Health for All 2000” (WHO/EURO, 2004). Consequentemente esta estratégia de saúde, incluía a gestão da doença e dos grupos de risco, a promoção da saúde, a saúde ambiental e os cuidados de saúde, para além dos instrumentos de informação, comunicação, monitorização, e avaliação necessários para assegurar a realização das metas da estratégia. Para cada uma destas áreas estabeleceram-se metas quantificadas para o ano 2000. Estas não eram tão-somente um exercício técnico – bem para além disso significavam antes um compromisso político dos estados-membros da OMS/Europa. Assim a estratégia europeia, para além do que podia significar para Europa como um todo, foi também concebida como uma referência e como fonte de inspiração para a elaboração de estratégias de saúde nacionais, regionais e locais.

Em Portugal, esta filosofia foi pela primeira vez recolhida pela Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002), em que os chamados “sistemas locais de saúde” teriam um papel importante a desempenhar.

Seguiu-se o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), no âmbito do qual foi, pela primeira vez em Portugal, iniciado o desenvolvimento das estratégias locais de saúde.

(d) Centralidade do cidadão e a promoção da saúde

Decidiu-se no Canadá comemorar em 1984 os 10 anos do Relatório Lalonde, com uma reunião na cidade de Toronto – aproveitou-se a ocasião para fazer o exercício de aplicar localmente, à própria cidade de Toronto, os princípios daquele relatório.

Este exercício inspirou Ilona Kickbusch, então responsável pela promoção da saúde na OMS/Europa, para abrir caminho em duas direcções: Iniciar um projecto europeu de “cidades saudáveis”; propor a liderar a realização da Conferência de Ottawa sobre Promoção da Saúde (WHO/EURO, 1986), que se veio a transformar numa referência fundamental para a saúde pública europeia, e uma importante achega para o desenvolvimento da estratégia “Health for All 2000”.

Dois dos principais pilares da Carta de Ottawa, referem-se exactamente à necessidade de “reforçar as acções na comunidade” e de “capacitar as pessoas” para poderem tomar decisões inteligentes sobre a sua saúde.

A reunião fundacional do projecto europeu das cidades saudáveis teve lugar em Lisboa, em 1985, tomando partido do projecto “Saúde em Lisboa” então em curso com a colaboração da Administração de Saúde de Lisboa, da Câmara Municipal de Lisboa e da Misericórdia de Lisboa.

Existe hoje em Portugal uma “rede de cidades saudáveis” em que participam actualmente 29 municípios portuguesas.

(e) relevância do desempenho

Com a publicação no ano 2000 do trabalho “Health Systems: Improving Performance” (WHO, 2000), avançou-se da noção de “resultados” para a de “desempenho” – ou seja a capacidade de transformar recursos em resultados.

Este relatório ordena todos os países membros da OMS em função do desempenho dos seus sistemas de saúde, tendo Portugal ficado em 12º lugar nesse ranking. Este exercício não tornou a ser repetido a nível global.

(f) Intersectorialidade e parcerias para a saúde

A importância da cooperação de vários sectores sociais e económicos na melhoria da saúde das populações é um tema comum nas várias contribuições acima referidas.

No âmbito da União Europeia, esta noção é reforçada em primeiro lugar no âmbito do Tratado de Maastricht da União Europeia (1992) onde se estabelece a necessidade de ter em conta o impacto sobre a protecção da saúde de todas as outras políticas (artigo 129), confirmado alguns anos depois pelo Tratado de Amesterdão (1997, artigo 157). Estas disposições, muito incipientemente aplicadas até agora, têm sido progressivamente reforçadas pelo desenvolvimento das metodologias do *Health Impact Assessment* e, mais recentemente, pela publicação e ampla divulgação do trabalho “Health in All Policies” da responsabilidade da Presidência Finlandesa da EU (2006) com a colaboração do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde.

O Relatório Marmot – “Closing the Gap in a Generation Health: equity through action on the social determinants of health” (WHO, 2008), é mais uma chamada de atenção para a necessidade de intervir nos determinantes sociais da saúde.

Parcerias locais sustentadas, entre a saúde e os mais significativos actores sociais e económicas, são ingredientes essenciais das estratégias locais de saúde.

Os domínios prioritários do PNS 2011-2016, promoção da cidadania, das políticas públicas saudáveis, e equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, requerem este tipo de parcerias sustentadas e constituem aspectos em que as estratégias locais de saúde podem ter um lugar privilegiado.

II - Estratégias Locais de Saúde

Estratégias locais de saúde versus planos de acção das organizações

Para enquadrar conceptualmente as estratégias locais de saúde é fundamental responder à seguinte questão - como realizar concretamente os objectivos do Plano Nacional de Saúde (PNS)?

Existem duas respostas para esta pergunta. A primeira é pensar que alguém a nível local deve ter o encargo de promover a implementação de cada um dos programas incluídos no PNS, muito particularmente daqueles considerados prioritários. Nesta concepção o nível local executa programas, respondendo a um desígnio formatado centralmente.

A segunda resposta possível difere substancialmente da primeira. O PNS e os programas nacionais são referências para a acção local. Também o são um vasto conjunto de outras indicações de “boas práticas” que provêm de múltiplas acções informativas e formativas, das sociedades científicas e de outras entidades produtoras de conhecimento.

Nesta perspectiva, é necessário “organizar a acção”, de duas formas distintas e complementares. A primeira destas modalidades (com um enfoque interno) é o plano/programa das organizações. Isto é, aquilo que cada se dispõe a fazer, decorrente das “referências” acima referidas. A segunda modalidade de “organizar a acção” (virada para o exterior) é a “estratégia local de saúde” – naturalmente que terá que existir uma clara articulação entre, o plano/programa de trabalho da organização e uma estratégia local de saúde da comunidade onde esta organização se insere.



Fig. 1 Estratégia local de saúde como “motor de mudança” no contexto de outras acções locais

As ELS não se podem confundir com os planos de acção das organizações que para ela contribuem. Como se pode observar na figura 1, as estratégias locais de saúde constituem apenas uma parte integrante do plano de trabalho das organizações. Somente uma parte (por vezes pequena) das actividades dos planos individuais e institucionais estão incluídos na estratégia local de saúde.

O que são estratégias locais de saúde

A estratégia local de saúde define-se como o conjunto de metas de saúde, parceiros sociais (comprometidos), actividades (efectivas na concretização dessas metas), e de recursos (existentes ou mobilizáveis) capazes de melhorar o estado de saúde da comunidade, num contexto de elevada complexidade.

A estratégia local de saúde é o principal (mas não exclusivo) instrumento, para a realização dos grandes objectivos do PNS, a nível local.

A estratégia local de saúde é essencialmente um “motor de mudança” local (*local change engine*). Porém, definir o conteúdo de uma estratégia local de saúde é uma arte exigente: por um lado, as estratégias locais de saúde terão que ter um âmbito de acção suficientemente extenso para mobilizar um número considerável de “actores” no terreno e para influenciar tanto problemas de saúde significativos (prevalência e gravidade), como aqueles que, sendo menos significativos, são no entanto mais vulneráveis a curto prazo (*quick-wins*); por outro, no entanto, as estratégias locais de saúde terão que ser suficientemente “enfocadas” e “limitadas” nos seus conteúdos, para serem viáveis, tecnicamente rigorosas, e tangíveis para todos os participantes.

As estratégias locais de saúde proporcionam um “efeito de alavancagem”. É importante compreender que a saúde de uma comunidade é influenciada por uma vasta rede de causas e efeitos que atravessa transversalmente várias categorias de problemas de saúde.

Neste contexto não faz sentido promover linearmente um vasto conjunto de “medidas independentes”, cada uma dirigida especificamente a um problema particular. Interessa antes desenhar convergências, interações e sinergias capazes de proporcionar efeitos multiplicadores – escolher pólos de alavancagem estratégica. Os domínios de acção em relação aos quais se definem as metas das estratégias locais de saúde são seleccionados para poderem constituir esses pólos de alavancagem – têm um efeito directo sobre aquilo em que se intervém, mas influenciam (“contaminam indirectamente”) um conjunto mais vasto de problemas de saúde.

Como se pode observar na figura 2 é possível identificar para cada objectivo de saúde mecanismos de contratualização, promoção de desempenho, gestão de informação, inovação e gestão tecnológica capaz de influenciar positivamente a sua realização. Simultaneamente, estes mecanismos de gestão saem reforçados pelas sinergias criadas pelo processo de concretização dos objectivos.



Fig.2 Matriz estratégica: Saúde/doença vs mecanismos de influência (OPSS, 2005)

A elaboração e desenvolvimento de ELS não se faz de forma espontânea e voluntarista requerem lideranças com um vasto conjunto de capacidades. A liderança no âmbito das estratégias locais de saúde requer um conjunto de capacidades que é necessário promover.

Capacidades requeridas na liderança de Estratégias Locais de Saúde

- Capacidade analítica – “compreender o mundo que nos rodeia” (Observatório Local de Saúde: “diagnóstico” e “avaliação”).
- Capacidade para negociar metas a partir (a) da estimativa dos “valores de base” e das “tendências temporais” das situações em causa, (b) da análise da efectividade das medidas necessárias para realizar as metas, do reconhecimento dos recursos existentes ou mobilizáveis para as realizar, da análise SWOT aplicada a aquelas circunstâncias concretas.
- Capacidade de gerir as parcerias e “redes sociais” necessárias para desenvolver as estratégias locais de saúde.
- Capacidade para plantar e fertilizar pequenos projectos - é importante mobilizar as estruturas para projectos tangíveis, que possam criar um sentimento de pertença, essencial na dinâmica de participação; estes têm a vantagem de ser pouco dispendiosos, podem iniciar-se sem modificações organizacionais significativas e fornecem um ponto de partida para o desenvolvimento de outras metas.
- Capacidade para promover a inovação, atingir o sucesso através da inovação depende da criação de um clima propício à mudança.
- Motivação para “mudar as coisas”, mantendo o interesse e a energia necessárias para iniciar e suportar as diversas incidências do processo de mudança.

O Plano Nacional de Saúde e as Estratégias locais de Saúde

“O Plano Nacional de Saúde no seu conjunto, representa o que podemos designar como um “fio condutor” para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde - governamentais, privados e de solidariedade social - e de outros sectores de actividade, possam assegurar ou contribuir para a obtenção de ganhos em Saúde (...) orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença” (PNS, 2004).

Uma das realizações mais significativas referidas na avaliação do PNS 2004-2010 realizada pela OMS (2010), foi o facto de Administrações Regionais de Saúde terem começado a promover estratégias locais de saúde para apoiar a realização dos objectivos estabelecidos pelo PNS. No entanto, a avaliação refere que não foram colmatadas todas as dificuldades em coordenar, priorizar e implementar os inúmeros programas de saúde ao nível local.

Deste modo, entre as principais recomendações mencionadas naquela avaliação, identificou-se a necessidade de capacitar as Administrações Regionais de Saúde para o planeamento local de saúde.

As Estratégias Locais de Saúde (ELS) devem ser a pedra de toque do desenvolvimento do sistema de saúde, uma vez que são o principal instrumento para a implementação do Plano Nacional de Saúde (OPSS, 2005).

A experiência internacional demonstra que sem estratégias locais não existem “Planos Nacionais” reais. O PNS só será efectivamente reconhecido como instrumento de mudança quando tiver a capacidade de servir de referência e estímulo ao desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

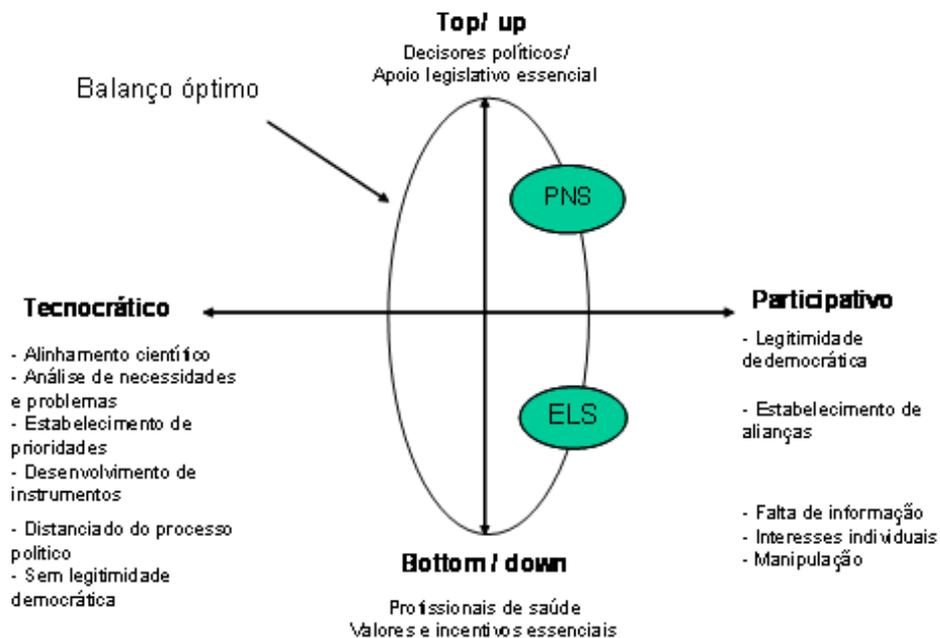


Fig.3 - Plano Nacional de Saúde e as Estratégias Locais de Saúde (adaptado de Busse; Wismar, 2002)

A selecção das prioridades e das metas de um “Plano de Saúde” e de uma Estratégia Local de Saúde não são somente exercícios técnicos, representam também um compromisso social. O compromisso ou consenso político que é vital para o sucesso de qualquer iniciativa de metas tem que ser estabelecido entre quatro pólos.

Os pólos do eixo horizontal representam o processo de definição de metas de saúde. Estes são denominados de tecnocratas e participativos. A selecção tecnocrata de metas de saúde tem o mérito do rigor e transparência científica. Contudo, está distanciado do processo político e apresenta défice de legitimidade política.

Ao contrário, a selecção participativa de metas de saúde tem a vantagem de legitimidade democrática, fortemente baseada em valores comuns e com capacidade de promover alianças políticas para apoiar o processo de definição e implementação de planos de acção. Porém, os resultados do processo participativo dependem da selecção das pessoas envolvidas. Quantas mais pessoas forem convidadas a participar na selecção das prioridades de saúde, maior será o perigo de fragmentação e confusão.

O eixo vertical significa a relação entre os decisores políticos e os que são responsáveis pela implementação, execução e desenvolvimento do programa de acção. Na abordagem *top-down*, os decisores políticos seleccionam as prioridades da política de saúde e o programa de acção é desenvolvido sob a sua alçada. Na abordagem *bottom-up*, aqueles que trabalham na área da saúde ou na comunidade iniciam a selecção de prioridades da política de saúde.

Neste contexto, é necessário obter um balanço óptimo entre estas vertentes. A interacção entre os dois pólos sobre o eixo vertical é crucial para o sucesso na implementação do programa de acção de metas de saúde. Um balanço óptimo em termos de gestão da tensão entre os pólos é o estabelecimento de um compromisso e a construção de uma aliança política representada pela linha oval.

III- Antecedentes de Estratégias Locais de Saúde em Portugal

Os serviços de saúde e outras organizações têm desenvolvido diversos projectos na comunidade, alguns estimulados pelo PNS, outros anteriores à sua existência, outros ainda relacionados com dinâmicas locais específicas muitas vezes de iniciativa municipal. Existe uma enorme riqueza de intervenções na comunidade, em que é necessário investir, promover e divulgar. As ELS pretendem acrescentar valor ao que os serviços de saúde e outras organizações já desenvolvem ao nível da comunidade.

Em 2006, numa iniciativa do Alto comissariado da Saúde em parceria com a Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública e com o apoio das Administrações Regionais de Saúde iniciou-se o desenvolvimento “experimental” de cinco Estratégias Locais de saúde - Concelho de Arraiolos, Concelho de Faro, Concelho de Almada, Concelho de Santa Marta de Penaguião, e na área de abrangência do Centro de Saúde Norton de Matos, em Coimbra.

O desenvolvimento do projecto experimental ELS focou-se principalmente em três domínios:

- um número limitado de metas locais de saúde, como motores de mudança local, com expressão de expectativas quantificadas e compromissos dos actores chave;
- uma base de evidência explícita para a definição de metas e implementação efectiva, como elemento central do *kit* ELS;
- um sistema de informação e comunicação capaz de envolver profissionais e comunidade ao longo da definição, implementação e avaliação da ELS.

Estes primeiros exercícios seleccionaram metas relacionadas com questões da Gestão da Doença (Cancro da mama, Cancro do colo do útero, Cancro do cólon rectal, Tuberculose pulmonar), Promoção da Saúde (actividade física, obesidade infantil, álcool, tabagismo, saúde mental) e Cuidados de Saúde (Vacinação, Antibióticos, Acesso a cuidados de saúde). Os cinco centros de saúde acordaram adoptar uma meta comum relativa à obesidade infantil. Transversalmente a estes domínios, abordaram-se outras dimensões instrumentais como a base de evidência, redes de comunicação, a definição de áreas prioritárias, a inovação e o enfoque no cidadão.

	Determinantes da Saúde					Doenças				Cuidados de Saúde		
	Meta Obesidade de Infantil	Meta Actividade física	Meta Álcool	Meta Tabagismo	Meta Saúde Mental	Meta Cancro da Mama	Meta Cancro do Colo do Útero	Meta Cancro do Cólon Rectal	Meta Tuberculose Pulmonar	Meta Vacinação	Meta Antibióticos	Meta Acesso a Cuidados de Saúde
ELSa ARRAIOLOS	Crianças 1º ciclo	Crianças e jovens, idosos 65-74 anos	Jovens 13-18 anos	Jovens 13-18 anos			Mulheres 25 aos 64 anos			Crianças de 13 anos	Toda a população	Toda a população
ELSa ALMADA	Crianças 1º ciclo	Toda a população							Toda a população		Toda a população	Toda a população
ELSa FARO	Crianças 1º ciclo	Toda a população			Criança	Mulheres 50 aos 69 anos						Toda a população
ELSa NORTON DE MATOS	Crianças 1º ciclo	Crianças e Jovens				Mulheres 50 aos 69 anos	Mulheres 25 aos 64 anos	H e M 50-74 anos				Toda a população
ELSa SANTA MARTA DE PENAGUIÃO	Crianças 1º ciclo	Toda a população		Toda a população		Mulheres 50 aos 69 anos	Mulheres 25 aos 64 anos	H e M 50-74 anos				Toda a população

- Meta Comum nas 5 ELSa
- Metas Locais
- Metas Locais a elaborar

Figura 4. Metas Locais de Saúde (Relatório final do projecto de apoio ao desenvolvimento de Estratégias Locais de Saúde)

A criação de espaços de comunicação, de discussão e consensualização de áreas prioritárias ao nível local constituiu um aspecto central no desenvolvimento do projecto. As primeiras cinco ELS assentaram ainda na criação de redes entre parceiros locais na comunidade e na libertação do potencial de inovação local para a implementação do PNS.

As várias organizações integradas em rede, desenvolveram assim, projectos promovidos pela própria rede, em vez de projectos individuais, assegurando o seu alcance na comunidade. Para tal, a informação adequada é crítica para o desempenho das organizações, circulando através dessas redes (entre as pessoas, nas organizações, e entre as organizações).

A avaliação desta experiência permitiu retirar vários ensinamentos. Foram conseguidos progressos importantes na definição de metas e desenvolvimento de base de evidência. Foi desenvolvido um sistema de informação e comunicação, mas a sua utilização no envolvimento de profissionais e da comunidade requer uma base de conhecimento mais extensa sobre critérios e efectividade de estratégias de comunicação ao nível local. Os investimentos significativos ao nível da literacia em saúde, baseados num sistema de informação centrado no cidadão, assim como a promoção de inovação local, podem trazer vantagens importantes.

IV- Perspectiva Europeia

O contexto europeu é marcado por uma importante diversidade no desenvolvimento de estratégias locais de saúde. Uma avaliação da implementação da *Health 21* da OMS Europa em 2005, destaca que, dos 53 países da Região Europeia, 40 desenvolveram estratégias nacionais, mas apenas 22 países apoiaram o desenvolvimento de estratégias subnacionais (OMS Europa, 2005).

De facto, mesmo em países que têm apoiado o desenvolvimento de Estratégias Locais de Saúde, os resultados estão ainda longe do que seria esperado. Por exemplo, na Holanda, existe legislação específica que requer a definição e implementação de uma política local de saúde pelos municípios. Contudo, uma década depois, apenas 17% dos municípios holandeses desenvolveram tais políticas (Hoeijmakers *et al.*, 2007). Na Suécia, os resultados são mais entusiastas, 75-80% dos 290 municípios suecos dispõem políticas e programas locais de saúde (Pettersson, 2007).

A experiência europeia mostra que os planos estratégicos nacionais para serem efectivos devem estar interligados a planos operacionais ao nível local. O nível de ligação depende do grau de detalhe no plano nacional, assim como do nível de autonomia dos diferentes níveis para definirem as suas próprias estratégias.

Países fortemente descentralizados, como Itália, Espanha ou a Bélgica, procuram melhorar a coesão social, abordando a saúde e as desigualdades sociais entre as regiões. Aqui, a definição de estratégias locais de acção surge mais alinhada com as diferentes realidades locais, as necessidades e recursos da comunidade, com uma área expandida para a inovação. A política nacional, olha principalmente para a coerência e para a distribuição de recursos nacionais em questões estratégicas. Por exemplo, na Bélgica, os problemas são resolvidos ao serem colocados na agenda de vínculos entre as iniciativas locais. Muitas dessas "ligações" são desenvolvidas espontaneamente. Tal contribui para gerar "momentum", ao invés de um plano de acção detalhado. Este tipo de abordagem destaca o papel dos diferentes sectores para resolver problemas comuns, bem como a acção intersectorial para a saúde.

Em contraste, a Inglaterra revela um sistema mais centralizado. Por exemplo, a Estratégia do Município de Suffolk, está enquadrada com o nível nacional, através de mecanismos financeiros. O ponto de partida do LHS Suffolk é que existem actualmente muitas iniciativas orientadas para melhorar a saúde, mas de forma fragmentada. O mecanismo de

direcção, apoiado por legislação e incentivos financeiros tem promovido avanços rumo a uma abordagem mais integrada.

Apesar dos diferentes graus de flexibilidade na definição de estratégias locais de saúde, assiste-se actualmente a uma tendência de convergência entre os diferentes países. Primeiro, as redes locais estão a emergir como a forma mais efectiva de desenvolver estratégias capazes de promover o equilíbrio entre as necessidades locais e os recursos locais. Em segundo lugar, o nível nacional assume um papel crescente como coordenador, facilitando o surgimento das necessidades da saúde pública a partir da promoção de estudos científicos, tendo em conta as actividades locais e suas interacções no contexto global.

Neste contexto, as Estratégias Locais de Saúde consistem sobretudo em redes de comunicação entre um vasto grupo de actores locais, com maior capacidade para ganhos em saúde na comunidade. Essas redes locais podem ter configurações diferentes, de acordo com sua maturidade, bem como com os objectivos a alcançar. Por exemplo, na Itália, o *Piano per la Salute* de Modena olha para uma maior integração entre actividades de prevenção de doença e promoção da saúde ao nível da comunidade. Neste processo, a *Azienda Sanitaria* apoia a partilha, com outras organizações locais, para garantir um grupo consistente de acções, incluindo cursos de formação comum dos profissionais de diferentes organizações e sectores. Por outro lado, em Swansea, no País de Gales, os parceiros estão organizados de uma forma mais estruturada. A estrutura é baseada principalmente no Grupo de parcerias do “Desafio de Saúde de Swansea”, que integra a perspectiva de saúde dos serviços locais de saúde com uma perspectiva mais ampla do concelho, com todos os diferentes sectores da sociedade envolvidos.

Actualmente, o desenvolvimento de estratégias europeias e nacionais multiplica a necessidade de conhecimento do contexto local. Esta nova perspectiva exige não só novas políticas, mas também novas maneiras de organizar a elaboração de políticas de saúde.

A maneira linear de definir Estratégias Locais de Saúde dá assim lugar a uma abordagem mais dinâmica e interactiva. Aqui, metas, estratégias e recursos são continuamente alinhadas entre os diferentes membros da rede local. Esta abordagem destaca que o conhecimento não é pré-formulado, mas é especialmente criado na comunicação entre os membros das redes locais. Assim, não se pode predefinir a série de tarefas que o planeamento deve contemplar, uma vez que deve ser especificamente aprendido e compreendido ao longo do processo comunicativo, fortemente ligado ao contexto local.

Nesta perspectiva, a Estratégia Local de Saúde não é apenas um conjunto de estratégias organizacionais, mas uma sequência de escolhas feitas por diferentes actores em prol de

objectivos comuns. O processo pode ser visto como uma busca de consensos estratégicos que transformam a visão e o conhecimento em acção através de uma sequência ininterrupta de relações interpessoais e inter-organizacionais.

V – Referências Teóricas de Pensamento Estratégico

Estratégias e complexidade

As estratégias de saúde fundamentam-se de uma forma, mais ou menos explícita, em “teorias de acção”. O pensamento estratégico num domínio tão complexo como é o da saúde não pode deixar de considerar o conjunto de processos internos que ocorrem no sistema de saúde assim como as múltiplas circunstâncias das suas envolventes externas – matriz estratégica de Mintzberg (fig.5) (Mintzberg; Lampel, 2000).

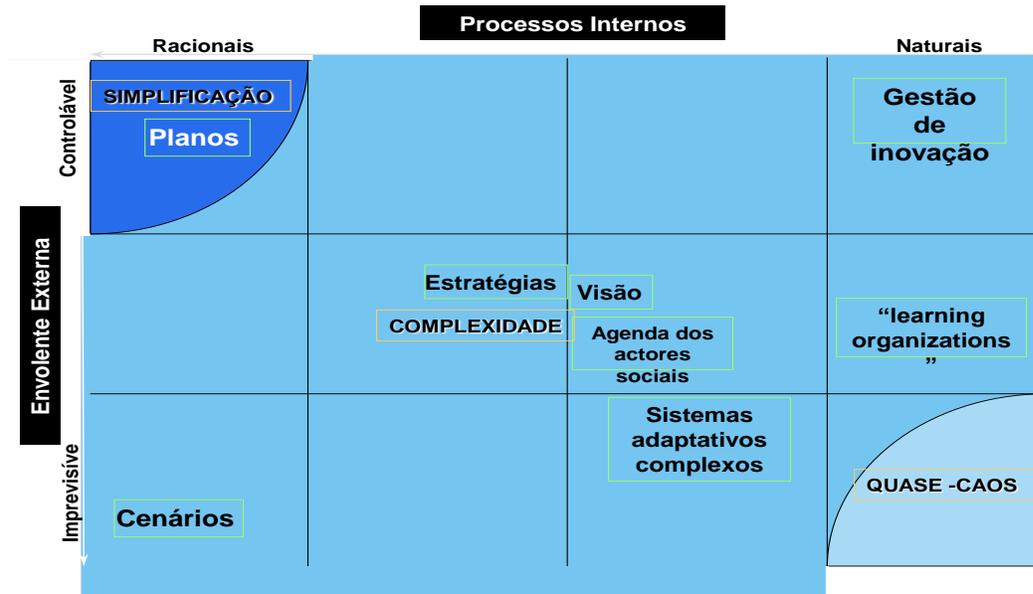


Fig.5 - Matriz estratégica de Mintzberg (Adaptada)

A matriz estratégica de Mintzberg assenta em três noções essenciais. A primeira está relacionada com os processos internos, ou seja aquilo que depende da organização em causa, o que conseguimos realizar com os recursos. Os processos internos podem variar entre racionais (normas pré-estabelecidas) a naturais (dependem da decisão de vários actores organizacionais). A segunda com a envolvente externa, o que queremos influenciar, a forma como o exterior nos recebe. A envolvente externa pode variar entre “o controlável” e o “imprevisível”. A terceira corresponde à fronteira, onde se estabelece a separação entre os processos internos e a envolvente externa. Saber onde colocar a fronteira é fundamental para delimitar o que depende de nós e o que queremos influenciar.

No canto superior esquerdo da matriz pode identificar-se o domínio da “simplificação”. Aqui pressupõe-se que o ambiente externo é previsível e que ao nível dos processos internos existem normas pré-estabelecidas que todos cumprem. Isto é uma simplificação, que raramente acontece no “mundo real”. No canto inferior direito temos exactamente a antítese, o “quase caos”. Nesta situação, os processos internos são muito espontâneos, mais ou menos coordenados e o ambiente externo é incerto.

No canto inferior esquerdo da matriz, os processos internos são racionais mas a envolvente externa é de carácter imprevisível. Neste domínio é frequente o desenvolvimento de cenários, ou seja projecções para o futuro com base na informação existente no momento, não são previsões. No canto superior direito da matriz a envolvente externa é controlável, no entanto os processos internos são naturais, dependem da iniciativa de múltiplos actores. Neste domínio situa-se a gestão da inovação, ou seja a gestão do processo criativo que transforma o intangível (conhecimento) em produtos serviços e procedimentos, produzindo deste modo valor. No espaço intermédio da matriz encontra-se o território da “complexidade”. Este é o mais difícil de gerir, não pode ser sempre simplificado ou caótico, contém três aspectos fundamentais: a visão, a estratégia e a agenda dos actores sociais. Nestas circunstâncias falamos de “processos adaptativos complexos”.

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

Complexidade

Por oposição às abordagens tradicionais, relativamente rápidas e mecanicistas, os sistemas complexos adaptativos são conceptualizados como organismos vivos, imprevisíveis, flexíveis e com abertura para a criatividade. Enquanto os primeiros, encontram conforto no controlo e na repetição do passado, os sistemas complexos aceitam a complexidade, oferecem alternativas e são adaptáveis (USA. University of Minnesota - *Applying complexity science to health and healthcare*, 2003). A complexidade é um território não-linear. Requer a convergência de várias fontes de iniciativas, agentes/factores de mudança, na medida certa, no tempo certo. Isto implica que as lideranças sejam capazes de “mobilizar e dinamizar os *building blocks* críticos para o processo de mudança, em vez de oferecer receitas de sucesso”.

A concepção e desenvolvimento das ELS realiza-se necessariamente num contexto de complexidade. A teoria da complexidade deve dizer-nos quando olhar para os *building blocks* e que combinações são mais eficientes (Holland, 1992).

Transições entre ordem, caos e complexidade (Snowden,2005)

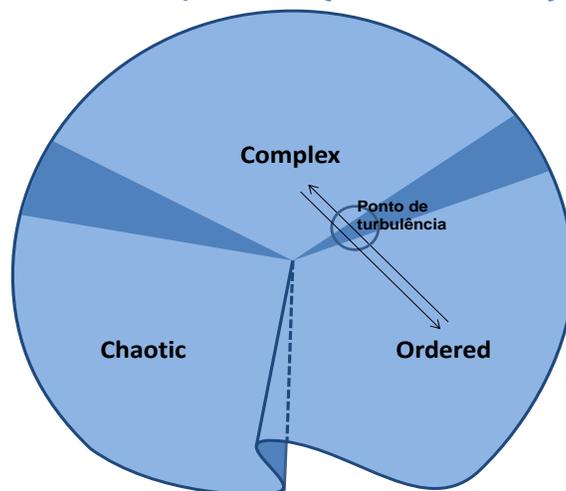


Fig.6- As três ontologias e transições de Snowden (adaptado)

A maioria dos estrategas tenta controlar o futuro baseado no entendimento do passado. Estes assumem que existe uma “resposta certa”, e qualquer falhanço em alcançar os resultados desejados é assumido como um erro de análise, recolha de dados ou execução. No entanto, Snowden (2005) vem mostrar que aprender com o passado não é sempre a melhor solução. As diferentes ontologias ou sistemas, nos seus diferentes contextos requerem diferentes abordagens no modo como compreendemos os fenómenos e no modo como tomamos decisões. A maioria das abordagens utilizadas na gestão assumem só uma ontologia, a ordem.

De acordo com Snowden (2005), podem considerar-se “três ontologias” subjacentes ao pensamento estratégico em contexto de incerteza – ordem caos e complexidade. As transições entre estas ontologias são de importância crítica (fig.6).

Historicamente, o caos é visto como a antítese da ordem: turbulência total, sem forma nem substância. Um sistema em estado de “ordem” é estável. No entanto, este estado de ordem é propenso a falhanços catastróficos, especialmente nos sistemas humanos, onde a mudança poder ser forçada e abrupta em vez de ser gradual.

A fronteira entre o caos e a ordem é “catastrófica” e é a mais perigosa das transições. Na figura esta transição é representada pela dobra. Quando nos aproximamos da fronteira do

caos vindos da ordem, a situação parece estável, no entanto “cai-se” literalmente quando se chega à fronteira. Esta é a transição com maior turbulência, a energia requerida para passar novamente a fronteira no sentido oposto é elevada.

Snowden identificou uma terceira ontologia, a complexidade. Os sistemas complexos e a aceitação da diversidade ontológica podem melhorar a tomada de decisão e o planeamento de diversos modos. Numa crise, a transição do caos para a complexidade oferece um futuro mais adaptável e sustentável que permite impor a ordem e actuar. A mudança de um estado de ordem para um complexo numa base regular pode prevenir as várias formas de complacência e reduzir a possibilidade do falhanço catastrófico.

É importante perceber que cada ontologia, ordenada, complexa e caótica, requer uma abordagem diferente de análise, interpretação, intervenção e gestão. As estratégias locais de saúde situam-se na ontologia da complexidade, ou seja, estes sistemas são retrospectivamente coerentes e podemos observar um padrão de causalidade, no entanto os eventos futuros não se repetem, a não ser acidentalmente, porque são sistemas de natureza emergente, resultantes da interacção de muitos agentes.

Como começar a gerir um processo de mudança

As três abordagens gerais à tomada de decisões são «pensar primeiro», «ver primeiro» e «fazer primeiro» (Mintzberg; Westly, 2001). Quando os gestores utilizam os três modelos na prática, podem melhorar a qualidade das suas decisões. As organizações saudáveis têm capacidade para tirar partido dos três modelos.

«Pensar primeiro» segue um processo claramente identificado: definir – diagnosticar – desenhar e decidir. No entanto, as situações que requerem esta abordagem racional são relativamente raras. A maioria dos processos de decisão em torno de objectivos racionais são interrompidos por novos acontecimentos e perturbado por novas oportunidades. Esta abordagem funciona melhor quando aquilo que está em jogo é claro, os dados são fidedignos e o mundo estruturado é relativamente estável.

A abordagem de «ver primeiro» corresponde à visão de um futuro desejável e possível quando partilhada com outros, pode suscitar contribuições criativas para desbravar os caminhos necessários para lá chegar, mesmo quando estes não são claramente perceptíveis à partida (como acontece muito frequentemente, em situações complexas).

«Fazer primeiro», tem implícita a noção que muitas vezes a situação é tão confusa e caótica que não é possível “pensar” nem “ver”. É preferível começar por fazer o que

parece sensato, e através da acção no terreno, conhecer melhor a situação para depois “ver” e “fazer”.

Na perspectiva da saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e serviços necessários, para atingir determinados objectivos. Não é útil pensar que a instituição deva interromper as suas actividades, é com base na interacção entre o planeamento e a execução que surgem os projectos no dia-a-dia (Tavares, 1992).

VI - Desenvolvimento das Estratégias Locais de Saúde

De forma esquemática, o desenvolvimento das ELS corresponde a um processo de oito passos, distintos mas inter-relacionados - o enquadramento, a situação local, as metas, as parcerias, as acções efectivas, os programas de acção, os recursos locais, a monitorização e a avaliação. A interacção entre estes é essencial para assegurar a consistência na direcção estratégica.

As estratégias locais partem da compreensão do contexto (económico, social e cultural) e do estado de saúde local para definir metas, realizar acções efectivas utilizando os recursos locais com a colaboração de vários parceiros. Deste modo, nascem programas de acção, que são sujeitos a monitorização e avaliação, que por sua vez vão influenciar e originar reajustes nas metas e consequentemente em todo o processo.

O desenvolvimento de ELS requer uma alta rotatividade do processo de planeamento representado na figura 7: a interacção entre os vários elementos do processo de planeamento terá que ser dinâmica e contínua.

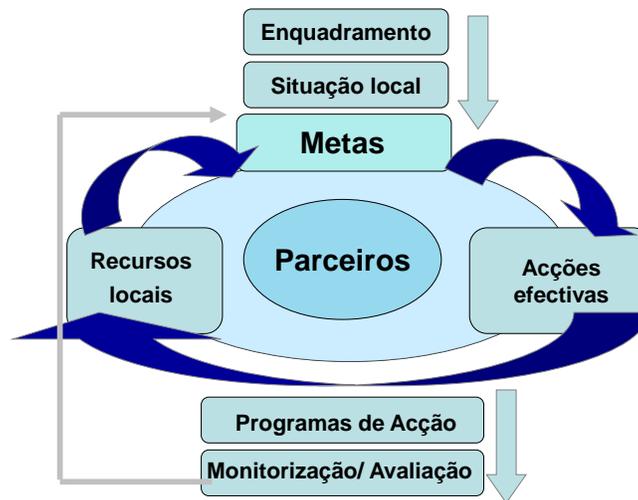


Fig. 7 Desenho estratégico de “alta rotatividade”

Teoricamente, a estratégia local de saúde deveria seguir o esquema lógico apresentado. Contudo, na realidade a estratégia local nasce do que já existe, parte do ponto onde os serviços se encontram, implementando-se diferentemente em contextos com diferentes antecedentes. Onde já existem fortes antecedentes em planeamento de saúde, o processo limita-se a fortalecer alguns dos componentes do trabalho em curso. Em

contextos com antecedentes limitados, o processo pode proporcionar um recomeço desejável.

O desenho estratégico caracterizado pela alta rotatividade e dinâmica entre os vários pontos encontra-se em permanente movimento circular, sofrendo constantemente as influências de todos os factores envolventes. A interação é rápida, sendo que o período de tempo que leva de um ponto ao outro é extremamente célere.

Desta forma, nas estratégias locais de saúde existe um esboço estratégico predefinido, porém a estratégia adequada não passa por despender um longo período de tempo num planeamento rigoroso ou num diagnóstico exaustivo. Como é um processo rotativo, é possível ir aproveitando as suas próprias sinergias para desenvolver simultaneamente os vários pontos do processo.

Enquadramento

A análise da situação local não contempla somente a saúde da população, mas também o conjunto dos factores e determinantes pertencentes ao enquadramento jurídico, económico-social, que podem ter influência na saúde da população, e que podem constituir dificuldades ou oportunidades para o desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

Os determinantes da saúde referem-se aos factores que têm mais influência - para melhor ou pior - na saúde.

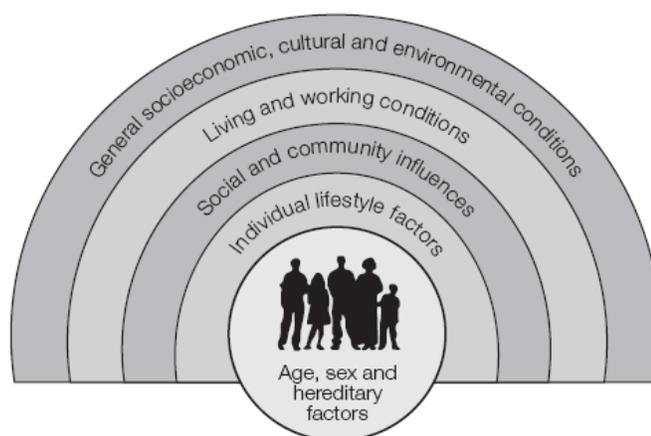


Fig. 8 Os determinantes da saúde (Dahlgren; Whitehead, 1991)

O modelo de Dahlgren e Whitehead ilustrado na figura, para além de identificar os factores que influenciam a saúde, descreve os quatro níveis ou estratos de influência:

- no centro encontra-se a pessoa, com a sua herança genética pré-determinada, rodeada pelos factores que influenciam a saúde, que podem ser modificados;
- o primeiro nível refere-se ao comportamento pessoal e estilo de vida, influenciado por modelos de amizade e regras de comunidade que podem promover ou prejudicar a saúde;
- o segundo nível inclui as influências sociais e comunitárias: a disponibilidade ou falta de apoio recíproco em condições desfavoráveis, com os consequentes efeitos positivos ou negativos;
- o terceiro nível inclui os factores estruturais como a habitação e as condições de trabalho e o acesso aos serviços e aos equipamentos;
- o quarto nível incorpora os factores que influenciam a sociedade como um todo; incluem condições socioeconómicas, culturais e ambientais.

As condições económicas e sociais – como a pobreza, a exclusão social, o desemprego e a habitação precária - estão fortemente correlacionados com o estado de saúde. Contribuem para as desigualdades em saúde, explicando porque as pessoas que vivem na pobreza, morrem mais cedo e ficam doentes com mais frequência, do que as que vivem com melhores condições (Sihtom; Ollila; Koivusalo, 2006).

Identificar os determinantes da saúde é um dos passos essenciais para estabelecer prioridades com vista à equidade em saúde, uma das principais abordagens de cooperação intersectorial na melhoria da saúde pública. Daqui resulta que, para além da definição dos objectivos com enfoque na doenças deverão ser também considerados objectivos com enfoque nos determinantes da saúde.

No desenvolvimento das estratégias locais de saúde é importante distinguir entre o objecto da intervenção e o seu contexto. O objecto é constituído por aquilo que queremos influenciar, enquanto que o contexto constitui o enquadramento do que queremos influenciar. Para ter uma dimensão viável e exequível a estratégia local deve delimitar a fronteira da intervenção no objecto. O contexto pode beneficiar ou dificultar a intervenção, mas não deve impedir a sua realização.

Diagnóstico/perfil de saúde

O diagnóstico da situação, geralmente é o primeiro passo realizado no processo de planeamento. Realizar um diagnóstico da situação requer o conhecimento de dois conceitos importantes: o de problema e o de necessidade. O problema de saúde

corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade. A necessidade exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir (Tavares, 1992).

O diagnóstico de necessidades de saúde identifica as necessidades de saúde e as desigualdades numa dada população. É uma ferramenta poderosa para informar o processo de planeamento. Identifica as prioridades que vão melhorar a saúde da população alvo e reduzir as desigualdades em saúde (Pallant, 2002).

O perfil da saúde é uma descrição qualitativa e quantitativa da saúde dos cidadãos e dos factores que a influenciam. O perfil identifica problemas, propõe áreas para melhoria e estimula a acção (OMS, 1995).

Os perfis descrevem o estado de saúde das pessoas e as condições em que estas vivem. São ferramentas essenciais para a mudança, e devem fazer parte integrante dos processos de tomada de decisão e de planeamento estratégico locais. A preparação dos perfis cria oportunidades únicas para o trabalho intersectorial e o envolvimento da comunidade e dos meios de comunicação de massas (OMS, 1995).

De acordo com Kavanagh e Chadwick (2005), os cinco passos fundamentais para realizar um diagnóstico de necessidades em saúde são os seguintes:

- começar por definir a população alvo, os objectivos que se pretendem atingir, as pessoas a envolver, os recursos necessários e os riscos;
- identificar as prioridades de saúde (perfil da população, colher os dados, percepção das necessidades, identificação e análise das condições de saúde e dos factores determinantes da saúde);
- análise de uma prioridade em saúde para acção (escolher as condições e determinantes que têm mais significado, dimensão e impacto, determinar intervenções e acções efectivas);
- planear para a mudança (clarificar os objectivos da intervenção, planeamento das acções, monitorização e avaliação da estratégia e estratégia de gestão do risco);
- avançar, rever (aprender com o projecto, medir o seu impacto, escolher a próxima prioridade).

A realização de um diagnóstico/perfil de saúde é um processo exigente. Por um lado deve ser suficientemente alargado e aprofundado para retratar fielmente as necessidades da população, por outro deve ser suficientemente rápido, sucinto e claro para que possa ser viável e exequível em tempo disponível útil. Em vez de se despendere demasiado tempo

num diagnóstico exaustivo, a sua concepção pode ser enriquecida durante a execução das restantes etapas do processo de desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

Metas

As metas de saúde tornaram-se um instrumento muito utilizado para promover a saúde da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde (Smith; Busse 2010).

Expressam um compromisso para atingir resultados específicos num determinado período de tempo. Podem ser quantitativas ou qualitativas e envolver uma mudança nos resultados ou processos. As metas a estabelecer devem ser *SMART*, ou seja caracterizadas da seguinte forma: específicas; mensuráveis; exequíveis; realistas; com horizonte temporal definido (Wismar *et al*, 2008).

Para estabelecer metas é importante saber a natureza do problema que se pretende combater. Este processo envolve a recolha e análise da informação relevante sobre a saúde da população alvo (Srivastava; Mckee, 2008).

Um problema de saúde pode ser quantificado através de vários indicadores, que tentam traduzir a situação actual e a evolução desse problema (Imperatori; Giraldes, 1993). A tendência de um problema representa a sua evolução no passado. A projecção da tendência é a determinação da situação do problema no futuro, de acordo com a sua evolução natural no passado, e caso as condições actuais, tecnológicas e outras, se mantenham (Tavares, 1992).

Deste modo, na elaboração de metas é importante ter em conta a estimativa dos “valores de base” e das “tendências temporais” das situações em causa e a respectiva análise da efectividade das medidas necessárias para realizar as metas. Somente desta forma é que posteriormente, se pode distinguir entre a evolução natural do problema e os efeitos da intervenção.

São necessários mecanismos efectivos para facilitar a implementação das metas, quando estas são estabelecidas. A experiência demonstra que a implementação tende a ter mais sucesso, quando as metas são claramente definidas e quando correspondem a um efectivo envolvimento dos diferentes actores de organizações que vão participar na sua implementação (Srivastava; Mckee, 2008).

Estabelecidas as metas, coloca-se a questão como se realizam as metas adoptadas. Existem quatro formas de responder a esta interrogação:

- a primeira, é implementando projectos que presumem uma racionalidade preestabelecidas (de cima para baixo, tipo comando e controlo);
- a segunda, trata-se de estabelecer cenários que dão origem a diferentes planos de contingência, adoptando um ou outro de acordo com a situação real;
- a terceira, adoptando acções de inovação que implicam criatividade local (soluções de baixo para cima);
- por último, implica adoptar dispositivos de aprendizagem constante. As *Learning organizations* são organizações centradas em produtos que nascem e desaparecem todos os dias”, “organizações informais capazes de actuar em ambientes muito pouco estruturados”.

Parcerias locais

Pode-se afirmar que o Estado atinge mais facilmente os seus objectivos estimulando a colaboração das organizações implementadas na sociedade civil. Se este envolvimento não estiver bem alicerçado ou não for desejado, poder-se-á estar a comprometer o sucesso de todo o trabalho. É necessário reconhecer a importância das organizações da sociedade civil e desenvolver parcerias, quando consentâneas com as orientações estratégicas (PNS, 2004).

A cooperação intersectorial permite reduzir ao mínimo a duplicação, e possibilita, ao mesmo tempo a optimização dos recursos e dos resultados, para atingir a máxima sinergia e eficiência.

As parcerias estratégicas assumem particular relevância na definição das metas, de prioridades e na definição dos processos de monitorização e avaliação. Habitualmente, os membros destas parcerias correspondem a líderes de organizações relacionadas com as metas, para que as acções sejam incorporadas dentro do trabalho de cada organização. As estratégias devem resultar de um compromisso assumido pelos líderes das organizações.

Há que salvaguardar, no entanto, que a implementação das estratégias leva à mudança pretendida. São vários os actores que poderão estar envolvidos: profissionais de saúde, da área social, do desporto, educadores, arquitectos, empresários, etc. Para isso deverão estabelecer-se parcerias nos diferentes grupos profissionais e parcerias dentro das organizações, com vista ao envolvimento de todos para o bem comum e à definição do papel de cada um nas acções concretas.

Os sectores envolvidos poderão ser definidos de acordo com um critério organizacional ou temático e incluem-se de diferentes áreas:

- saúde, social, ambiental e económico;
- público, privado, voluntário e académico;
- níveis de governo - nacional, regional, local e comunitário;
- instituições diversas relacionadas com acções para o bem público.

No desenvolvimento das Estratégias Locais de Saúde assume particular relevância a identificação dos parceiros que deverão ser envolvidos. Em relação a cada meta concreta deverão ser considerados os vários parceiros que lhe estão associados de acordo com o seu nível de importância e o nível de influência.

A cooperação intersectorial pode revelar-se de difícil desenvolvimento. Os profissionais, poderão resistir, motivados por uma visão sectorial dos problemas.

Para além da motivação para a acção, é essencial fomentar potenciais alianças e sensibilizar parceiros que tenham uma visão comum relativamente aos valores e objectivos pretendidos. De acordo com Stahl *et al.* (2006) o sector da saúde deve:

- ser claro nos argumentos de saúde;
- assegurar uma compreensão holística de saúde;
- definir claramente as intervenções necessárias de cada sector e os valores que as suportam;
- explicitar o possível impacto na saúde se forem ignoradas essas intervenções.

Daqui resultam “parcerias” sustentáveis indispensáveis para o desenvolvimento das ELS.

Parcerias como organizações virtuais

Para formar uma rede é necessário trazer uma vasta variedade de organizações para a mesa (utilizando os recursos de uma melhor forma, ganhando novas capacidades, partilhando o risco, a incerteza, as eficiências adaptativas e as exigências legais ou reguladoras). Os elementos cruciais necessários para o desenvolvimento de uma rede para garantir o sucesso passam pela escolha certa do tipo de rede, a complexidade do problema, o conhecimento especializado necessário, o tamanho e uma compreensão da cultura dos membros das organizações entre outros.

De acordo com Warner e Gould (2009) para se realizar acções integradas e efectivas existem barreiras de várias ordens. Estas barreiras podem ser de ordem estrutural, processual, financeira, profissional ou relacionadas com a sua posição e legitimidade. O

propósito último de criar organizações virtuais é agregar o esforço inter-organizacional, de modo a conseguir ultrapassar estas barreiras e alcançar ganhos em saúde.

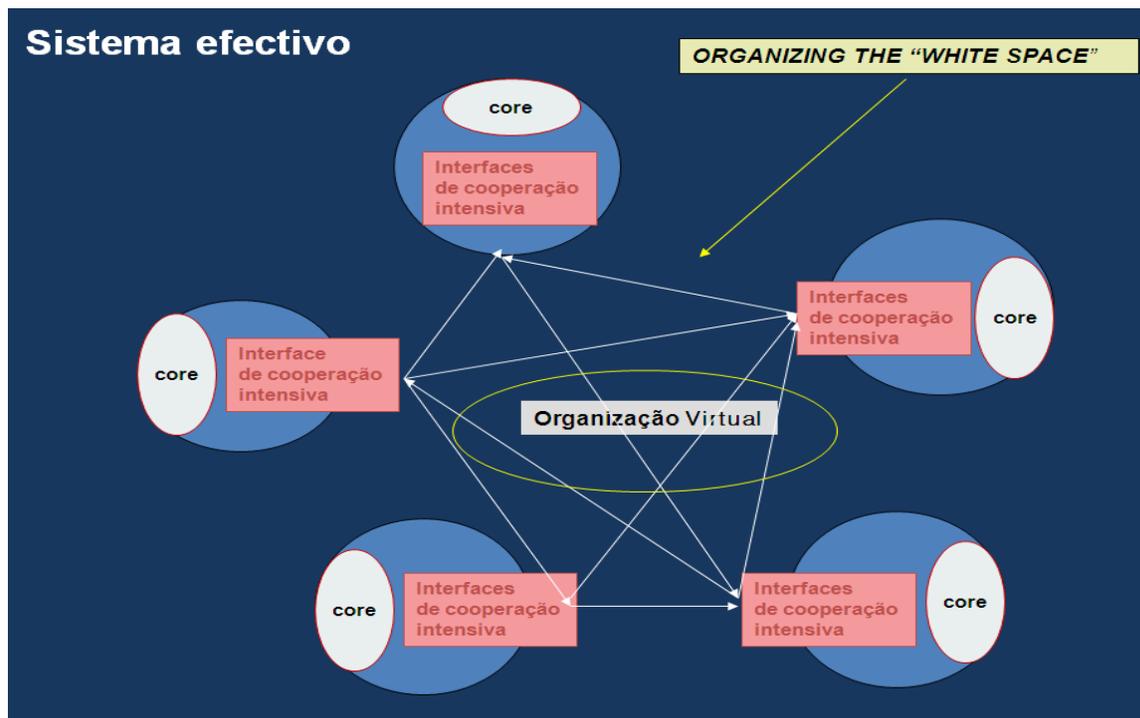


Fig 9. Parcerias como organizações virtuais

Como se pode observar na figura 9, as parcerias sustentáveis podem conceptualizar-se como “organizações virtuais”. Para que qualquer organização possa fazer parte de uma parceria sustentada terá que acrescentar ao seu núcleo identitário, uma interface relacional equipada e vocacionada para interagir com outras organizações. A introdução de um espaço branco neutro “white space” é uma zona onde as organizações participantes se podem encontrar, isto é trabalhar com as redes no espaço e ajudar na integração dos resultados do seu pensamento criativo.

A construção de uma rede deste tipo é uma arte cuja importância é frequentemente muito subestimada. Requer uma cultura relacional, instrumentos de informação e comunicação apropriados para este efeito.

Efectividade das acções e a base de evidência

Todas as acções identificadas como necessárias à realização de cada meta devem ser analisadas em função dos seguintes critérios:

- estimativas da sua efectividade;
- tipo de evidência que sustenta essas estimativas.

A análise destes dois critérios é essencial, para a escolha das acções a realizar numa intervenção. O quadro 1 ilustra a análise da estimativa da efectividade e da qualidade da evidência de várias acções com o objectivo de diminuir a transmissão da gripe.

Acções	Qualidade da evidência ¹	Efectividade (benefícios)	Custos directos	Custos indirectos e riscos	Aceitabilidade na Europa
Conselhos de viagem	B	Mínimos	Pequenos	Maciços	Boa
Medição de temperatura à entrada	B, Bm	Mínimos	Grandes	Grandes	Pode ser esperada pela população residente
Encerramento de fronteiras ou restrições severas de viagem	B, Bm	Mínimos, a não ser quando quase completos	Maciços	Maciços	Variável, mas pode ser esperada por alguns nas populações residentes

Quadro 1. Características das potenciais intervenções para reduzir a transmissão de Gripe (Adaptado de OMS, Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe, 2009)

¹ Evidência da efectividade: Grau A, B e C.

A estimativa de efectividade fornece indicações relativas aos potenciais benefícios decorrentes de uma determinada acção. Enquanto que a qualidade da evidência é tipificada de acordo com critérios que se relacionam com o modo que essa estimativa foi obtida. O Grau A representa uma base de evidência forte, o Grau B representa uma base de evidência razoável e o Grau C representa uma base de evidência frágil.

A escolha das acções necessárias à realização das metas deve corresponder à melhor combinação possível, destes dois critérios.

Monitorização e avaliação

Existem inúmeros autores que se têm debruçado sobre as questões da monitorização e avaliação de programas, fornecendo uma ampla combinação de métodos e técnicas de análise utilizadas nestes processos.

A avaliação de programas consiste na análise de informação sobre o programa ou um dos seus aspectos, de modo a decidir sobre as medidas a tomar. A avaliação de programas pode incluir uma ou uma variedade de diferentes tipos de avaliação, tal como a avaliação de necessidades, a acreditação, a análise custo-benefício, a efectividade, a eficiência, os objectivos, os processos e resultados entre outros (Mcnamara, 1998).

A avaliação efectiva dos programas é uma maneira sistemática de melhorar e responsabilizar as acções efectuadas, através da utilização de procedimentos úteis, exequíveis, éticos e precisos (Milstein *et al.*, 1999).

Estes autores desenvolveram um quadro de referência composto por seis passos que devem ser tomados em qualquer avaliação:

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

A avaliação e a monitorização é um modo de compreender, verificar ou aumentar o impacto dos programas, assim como melhorar a sua eficiência, constitui uma forma de verificar se o programa está a conseguir realizar, aquilo a que se tinha proposto atingir (Mcnamara, 1998).

Na monitorização e avaliação das metas é essencial assegurar o desenvolvimento de dispositivos de gestão da informação em saúde, de modo a proporcionar a que os fluxos e os conteúdos da informação sejam produzidos em tempo útil na tomada de conhecimento para os processos de decisão em saúde.

VI – Conclusões e Perspectivas Futuras

No decurso das últimas décadas, a partir de vários contributos conceptuais e técnicos emergiram gradualmente vários elementos que vieram fornecer uma nova dinâmica às “estratégias de saúde” de âmbito “local”. Estes contributos enfatizaram a necessidade de olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde. Enfatizaram igualmente a importância dos cuidados de saúde de proximidade, a centralização no cidadão, o estabelecimento de metas como compromissos centrados nos resultados e no desempenho, a promoção da saúde, o reforço das acções na comunidade através da intersectorialidade e a realização de parcerias em saúde.

Neste contexto e beneficiando dos ensinamentos resultantes da experiência realizada com os cinco centros de saúde em 2006, está a ser desenvolvido um projecto com 8 Unidades de Saúde Pública/ACES com o intuito de apoiar o desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

A actual multiplicidade de estratégias globais, europeias e nacionais parecem reconhecer cada vez mais a importância do nível local. Um plano nacional é uma abstracção, uma super-racionalização, o que existe na prática é um conjunto de fenómenos locais que utilizam as orientações nacionais, como referência para actuar.

As estratégias locais de saúde correspondem a um instrumento de base populacional, liderado pelos serviços de saúde e envolvendo os diferentes parceiros da comunidade. Em cada estratégia local de saúde os serviços de saúde e os seus parceiros devem definir um conjunto limitado e bem seleccionado de metas para obtenção de ganhos em saúde, que incorporem algumas das grandes prioridades nacionais, acrescentando especificidades locais.

A selecção das prioridades e das metas de um “Plano de Saúde” e de uma Estratégia Local de Saúde não são somente exercícios técnicos, representam também um compromisso social. A dicotomia entre os objectivos nacionais e a vontade local não se deve converter num foco de tensão. As metas de saúde locais devem ser flexíveis para ir de encontro às prioridades locais. Os programas de metas devem contar com o envolvimento dos actores chave ao nível local, para ser desenvolvido um sentimento de pertença e de responsabilidade entre aqueles que implementam as metas de saúde (Wismar; Busse, 2002).

Cada área de acção das ELS leva a áreas de resultados. Aumenta a consciência da saúde, na qual a participação dos cidadãos é um direito e uma responsabilidade. Define um planeamento estratégico, exige uma visão e pensamento a prazo. Mobiliza a acção intersectorial, através da qual, os serviços de saúde e outros sectores modificam as suas políticas e programas no sentido de aumentar a sua contribuição para a saúde. Promove a inovação, num meio em mudança contínua. A resposta aos problemas de saúde encontram-se nas intervenções conjuntas de várias organizações de trabalho em rede. O desenvolvimento de redes de comunicação e cooperação deve corresponder a novas formas de participação do cidadão, permitindo uma maior equidade e melhoria de acessibilidade aos serviços de saúde, apelando a novas práticas. Garante uma melhor saúde pública, sendo essencial que as diferentes acções se relacionem de uma forma coordenada no sentido da melhoria dos indicadores de saúde.

O desenvolvimento de ELS requer a convergência de várias fontes de iniciativas, agentes/factores de mudança, na medida certa, no tempo certo. Isto implica que as lideranças sejam capazes de mobilizar e dinamizar os *building blocks* críticos para o processo de mudança.

Estamos a viver uma situação privilegiada na existência de um novo enquadramento legal que pode permitir os serviços de saúde encetarem uma dinâmica pró activa em relação ao desenvolvimento de ELS (criação dos ACES, carta de missão dos directores executivos dos ACES, reorganização dos serviços de saúde pública e criação das unidades de cuidados na comunidade). Adicionalmente, a descentralização de competências do poder central para o poder local por um lado, e por outro, a reforma da administração pública que imprimiu uma maior autonomia às instituições de âmbito local, sendo o sector da educação um bom exemplo. Ao nível da comunidade podemos destacar, o desenvolvimento da rede portuguesa das cidades saudáveis, associação de municípios de âmbito nacional, que tem como objectivo apoiar e promover estratégias locais susceptíveis de favorecer ganhos em saúde.

Porém, no enquadramento actual também se podem identificar alguns obstáculos na implementação de ELS. Estes obstáculos estão relacionados com a pouca experiência na gestão destes processos por parte das lideranças; alguma resistência de mudança respeitante a novos processos de trabalho, por parte dos profissionais; a existência de fracos incentivos para a mobilização da acção; a reduzida experiência na aplicação de metodologias de avaliação de impacto em saúde; a escassa participação quer dos profissionais quer da sociedade civil na organização e planeamento de acções conjuntas; e por último a carência de formação dos intervenientes.

O futuro sucesso da implementação das ELS depende muito do desenvolvimento de competências e conhecimentos ao nível de todos os envolvidos num plano de acção local, numa perspectiva de aprendizagem.

As Estratégias Locais de Saúde devem ser a “pedra de toque” do desenvolvimento do sistema de saúde, uma vez que são o principal instrumento para a implementação do Plano Nacional de Saúde. Pretendem levar a mudança e a inovação junto dos cidadãos e profissionais, tendo como referência e estímulo o PNS. A sua implementação constitui uma oportunidade para modificar os padrões de relacionamento entre os vários actores sociais da comunidade e fortalecer os instrumentos de promoção da cidadania, das políticas públicas saudáveis, da equidade e do acesso adequado aos cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. – Politiques et stratégies en faveur de légalité devant la santé. Copenhague : Bureau Régional de l'Europe. OMS, 1991.

HOEIJMAKERS, M *et al* -Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. **Health Promotion International**. 22: 2 (June 2007) 112-121.

ITÁLIA - Azienda Unita Sanitaria Locale di Modena. - Organizzazione, servizi, numeri e attività. Servizio Sanitario Locale Emilia Romagna, 2003.

KAVANAGH, S.; CHADWICK, K. - Health needs assessment. London: National Institute for Clinical Excellence, 2005.

LALONDE, M. - A new perspective on the health of Canadians : a working document. [Em linha]. Ottawa : Ministry of Supply and Services Canada, April 1974. [Consult. 20-09-2010]. Disponível em http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.

MCNAMARA, C. - Basic guide to program evaluation. [Em linha] The Management Assistance Program for Nonprofit, 1998. [Consult. 20-09-2010]. Disponível em http://www.managementhelp.org/evaluatn/fnl_eval.htm

MILSTEIN, R. *et al*. - Framework for Program Evaluation in Public Health. MMWR. 48 (September 1999) 1-40

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J. – Reflexão sobre o processo estratégico. Revista Portuguesa de Gestão. (Primavera 2000) 24-34, Traduzido de “**Sloan Management Review**. 40:3 (2000)”.

MINTZBERG, H.; WESTLEY, F. – Tomada de decisões: não é bem o que se pensa. **Revista Portuguesa de Gestão**. (Abri/Mai/Jun 2001) 13-18, Traduzido de “Sloan Management Review. 42:3 (2001)” 89-93.

OMS - Perfis de saúde das cidades: como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade. Copenhaga : Gabinete Regional para a Europa. OMS, 1995. Edição portuguesa 1996.

OPSS – Novo serviço público da saúde: novos desafios: relatório da primavera 2005. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. ENSP. UNL, 2005.

OPSS – Um ano de governação em saúde: sentidos e significados: relatório da Primavera 2006. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Mar da Palavra, 2006.

PETTERSSON, B.- Intersectoral action for health: how can it happen? Crossing Sectors: Dialogue on Intersectoral Action. Vancouver, 2007.

PLOCHG, T. *et al.* - Local health systems in 21st century: who cares?—an exploratory study on health system governance in Amsterdam. **European Journal of Public Health**. 16: 5 (October 2006) 559–564.

PLSEK, P.; GREENHALGH, T. – The challenge of complexity in health care. **The British Medical Journal**. 323 (September 2001) 625-628.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE- Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002) Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2004. [Consult. 8.03.2010]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_335.html

RITSATAKIS, A. *et al.*, ed. lit - Exploring health policy development in Europe. Copenhagen: World Health Organization, 2005.

SMITH, P.; BUSSE, R. - Learning From the European Experience of Using Targets to Improve Population Health. **Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy**. 7:5 (September 2010).

SNOWDEN, D. – Strategy in the context of uncertainty. **Handbook of Business Strategy**. (2005) 47-54.

STAHL, *et al.*, ed. lit.- Health in all policies: prospects and potentials. Finland: Ministry of Social affairs and health, 2006.

SUFFOLK STRATEGIC PARTNERSHIP. - Healthy Ambitions Suffolk. A joint strategy to make Suffolk the healthiest county in Britain 2008-2028. Suffolk, Suffolk Strategic Partnership, 2008.

SWEDEN. EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – Guide to Public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe- “the ECDC

Menu". [Em linha]. Stockholm: ECDC, 2009. [Consult. 8.03.2010]. Disponível em: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0906_TER_Public_Health_Measures_for_Influenza_Pandemics.pdf

TAVARES, A. - Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde, 1992.

USA. UNIVERSITY OF MINNESOTA. CARLSON SCHOOL OF MANAGEMENT. CENTER FOR THE STUDY OF HEALTHCARE MANAGEMENT – Applying Complexity Science to Health and Healthcare. Ann **Minneapolis, MN**: Center for the Study of Health care Management,(Publication series;3) [2003].

WHO – Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization, 1978. (10.05.2003).

WHO – Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization, 1981.

WHO - Health promotion santé: charté d’Ottawa. Geneva: World Health Organization, 1986.

WHO - The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

WISMAR, M. *et al*, ed. lit- Health targets in Europe: Learning from experience. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

WISMAR, M.; BUSSE, R. - Outcome-related health targets--political strategies for better health outcomes: A conceptual and comparative study (part 2). **Health Policy**. 59:3 (2002) 223-241.