

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2030

PLANEAR PARA A **SAÚDE** **SUSTENTÁVEL**

Guia de apoio ao planeamento
subnacional em saúde sustentável



FICHA[■] TÉCNICA

Título

PLANEAR PARA A SAÚDE SUSTENTÁVEL
Guia de apoio ao planeamento subnacional em saúde sustentável

Editor

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Diretora-Geral da Saúde

Rita Sá Machado

Plano Nacional de Saúde

Coordenadora

Rita Sá Machado

Diretora Executiva

Sofia Rocha

Coordenação Técnica

Ana Cristina Garcia

Manuela Mendonça Felício

Equipa Técnica de Apoio

Carlos Matos

Clarisse Martinho

Gabriela Soares Machado

Pedro Ferreira

E-mail de contacto: pns21-30@dgs.min-saude.pt 

Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s

copyright©DGS/Ministério da Saúde 2024. Todos os direitos reservados.

Sugestão de citação: Portugal. Plano Nacional de Saúde 2030. Planear para a Saúde Sustentável – Guia de apoio ao planeamento subnacional em saúde sustentável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2024.



ÍNDICE



1.	Introdução	08
2.	Planeamento em Saúde e Desenvolvimento sustentável	10
3.	Diagnóstico de Situação de Saúde: Ler A Realidade	24
4.	Prognóstico de Saúde: Prever O Futuro	40
5.	Objetivos de Saúde	48
6.	Seleção das Estratégias de Intervenção	58
7.	Recomendações:Do Plano De Saúde à Implementação	66
8.	Plano de Monitorização e Avaliação: Aprender Para melhorar	74
9.	Plano de Comunicação	82
10.	Preparar o Caminho da Implementação	86
11.	Considerações Finais	96
12.	Referências Bibliográficas	102
	Anexo	108
	Glossário de Termos e Conceitos	114



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Interação intersectorial com a saúde	90
Quadro 2 - Níveis de relação intersectorial	91
Quadro 3 - Matriz de Decisão dos Problemas de Saúde Prioritários - Matriz de Priorização	110
Quadro 4 - Valoração dos Critérios de Priorização dos Problemas de Saúde	111
Quadro 5 - Sugestão de Matriz de Decisão dos Problemas de Saúde Prioritários	111
Quadro 6 - Matriz de Decisão dos Problemas de Saúde Prioritários - Método de Hanlon	112



ÍNDICE

DE FIGURAS

Figura 1 - Definição de desenvolvimento sustentável (relatório Brundtland, 1987)	12
Figura 2 - As três dimensões do desenvolvimento sustentável	14
Figura 3 - O processo de planeamento em saúde	16
Figura 4 - Centralidade da saúde nos ODS, segundo a Estratégia Nacional de Saúde do País de Gales	18
Figura 5 - Esquema de integração dos diferentes princípios e valores do desenvolvimento sustentável e dos ODS entre si	19
Figura 6 - Componentes de um Plano de Saúde	25
Figura 7 - Problemas de saúde, determinantes de saúde e os cinco pilares da sustentabilidade	26
Figura 8 - Necessidades de saúde da população	29
Figura 9 - Necessidades em saúde	31
Figura 10 - Exemplo de dados e fontes de informação, segundo um modelo lógico	32
Figura 11 - Tipos de análise de dados	35
Figura 12 - Necessidades de saúde e objetivos	49
Figura 13 - Dez recomendações para a Década	68
Figura 14 - Governança em saúde e planeamento em saúde	98



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS

Administração Regional de Saúde

AVPP

Anos de Vida Potencial Perdidos

CCDR

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional

DALY

Disability Adjusted Life Years

DGS

Direção-Geral da Saúde

DSS

Diagnóstico de Situação de Saúde

EMS

Estratégia Municipal de Saúde

IHME

Institute for Health Metrics and Evaluation

IPSS

Instituições Particulares de Solidariedade Social

M&A

Monitorização e Avaliação

NS

Necessidade de Saúde

ODS

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS

Organização Mundial da Saúde

ONGD

Organizações Não-Governamentais para o Desenvolvimento

PLS

Plano Local de Saúde

PNS

Plano Nacional de Saúde

PSN

Programas de Saúde Nacionais

SDG

Sustainable Development Goal

SMART

Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound

SNS

Serviço Nacional de Saúde

ULS

Unidade Local de Saúde

USP

Unidade de Saúde Pública

WHO

World Health Organization

WS

Workshops

YLD

Years Lived with Disability

YLL

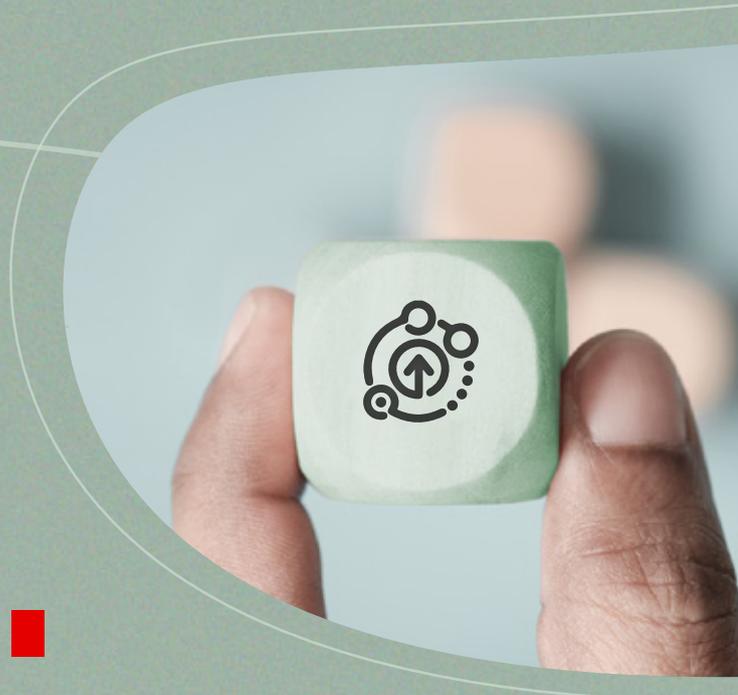
Years of Life Lost





1

INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO

A Lei de Bases da Saúde (1) define como um dos principais fundamentos da política de saúde o Plano Nacional de Saúde, bem como os Planos Regionais e Locais de Saúde, segundo uma abordagem de saúde pública, definindo como prioritário o **investimento na melhoria do planeamento e avaliação em saúde em Portugal**. Compete à Direção-Geral da Saúde (DGS) **a coordenação nos domínios do planeamento estratégico em saúde** e, especificamente, nos termos do nº 1 do Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, assegurar a elaboração e a execução do **Plano Nacional de Saúde (PNS)**.

No âmbito da implementação do PNS 2012-2016 (extensão a 2020), foi elaborado e divulgado um **manual orientador** para o desenvolvimento e implementação dos Planos Locais de Saúde (PLS).

No dia 9 de outubro de 2019 foi realizado um **seminário** dedicado ao tema “**Saúde e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Desafios para uma década**”, que lançou publicamente o processo de construção do **Plano Nacional de Saúde 2030**¹. Este processo foi marcado pelo esforço pioneiro de integração do desenvolvimento sustentável e de alinhamento com a respetiva Agenda 2030 em todas as suas etapas, reconhecendo a centralidade da Saúde na sua concretização. Por este motivo e devido ao seu caráter inovador, o PNS 2030 integrou, como estudo de caso, a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) “**E4As guide for advancing health and sustainable development**”.

Em novembro e dezembro de 2019 foram efetuados os **workshops** (WS) subordinados ao tema “**Planeamento subnacional em Saúde Sustentável**” que reuniram, sobretudo, profissionais dos serviços de saúde pública de âmbito subnacional (regional e local) do Continente e das Regiões Autónomas. Estes WS permitiram lançar as bases para a consolidação de uma **linguagem técnica comum** no âmbito do planeamento estratégico em saúde, de base populacional, em Portugal, pela primeira vez com um foco na saúde sustentável. Permitiram, também, abrir caminho ao **alinhamento** dos Planos de Saúde de nível subnacional (nomeadamente, dos PLS) com o PNS 2030. Posteriormente, foram auscultados os participantes nos referidos WS através de um inquérito por questionário, tendo sido identificada pelos mesmos como uma das necessidades a existência de linhas de

¹ Recorde-se que, em maio de 2019, tinham já sido apresentados à tutela os “**Termos de referência para o processo de construção e implementação do Plano Nacional de Saúde 2021-2030**”.



1. INTRODUÇÃO ■

orientação que facilitassem esse alinhamento, nomeadamente, através da existência de um **guia ou manual de apoio**.

Assim, o presente “Guia de apoio ao planeamento subnacional em saúde sustentável” apresenta como seu referencial principal o **PNS 2030 e respetivo modelo**, procurando também integrar os resultados da **aprendizagem** resultante da experiência do processo de planeamento estratégico em saúde (de base populacional), a nível subnacional (com especial foco no nível local), em Portugal.

Este Guia começa por fazer uma abordagem global do planeamento em saúde, do desenvolvimento sustentável e sua interseção, explorando-se as virtualidades e potencial do primeiro para o alcance de mais e melhor saúde sustentável, bem como os desafios daí decorrentes para o processo de planeamento em saúde.

Dado que o planeamento estratégico em saúde (de base populacional) é o que se considera mais adequado ao alcance de mais e melhor saúde sustentável, os restantes capítulos deste Guia focam-se nos principais componentes dos produtos deste tipo de planeamento, que são os Planos de Saúde, e sua operacionalização por parte de quem tem a responsabilidade da sua coordenação técnica – os serviços de saúde pública. Assim, do diagnóstico de situação de saúde (DSS) às recomendações para a implementação/operacionalização, o/a leitor/a é levado/a a conhecer ou a aprofundar, bem como a refletir sobre conceitos, técnicas e métodos, e desafiado/a a aplicá-los, num esforço colaborativo e cocriativo, rumo à saúde sustentável.

No presente Guia são usados os seguintes ícones:



Assinala um “**desafio saúde sustentável**”: aspetos a reforçar ou a introduzir no processo de planeamento, decorrentes do foco na saúde sustentável.



Assinala uma **lista de verificação**.







PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL ■

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Introdução ao planeamento em saúde e desenvolvimento sustentável
- Desafios do planeamento em saúde sustentável

Enquadramento

Existe um compromisso do país, bem como dos restantes Estados-Membros da União Europeia, em alinhar o novo ciclo de planeamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (2).

11

No âmbito do PNS 2030 e conforme já referido anteriormente, foi mantido o modelo de planeamento estratégico em saúde (de base populacional), que tem vindo a ser experimentado em Portugal aos diversos níveis, nomeadamente, ao nível subnacional. Neste, foi acrescentada a integração com o desenvolvimento sustentável e respetiva Agenda 2030, que constitui a principal inovação deste PNS, e que também se pretende aplicar ao nível subnacional, com especial foco no nível local.

Introdução ao planeamento em saúde e desenvolvimento sustentável

De acordo com o “Dicionário da Língua Portuguesa” (Porto Editora, 2018), o termo **desenvolvimento** refere-se à “passagem de um estado a outro, de tal modo que o seguinte é sempre mais perfeito do que o anterior”, o que traduz uma ideia de progresso e evolução.

Na evolução do conceito e prática do desenvolvimento sustentável, podemos identificar vários **marcos** importantes:



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



1965: Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas

1972: “Os Limites do Crescimento” de Donella H. Meadows, Dennis L. Meadows, Jorgen Randers, and William W. Behrens III

1972: Conferência de Estocolmo sobre o Ambiente Humano, das Nações Unidas

1983: Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento

1987: Relatório Brundland: “Our Common Future”

Até 1982-1983 observou-se uma hipertrofia do componente económico do desenvolvimento sustentável.

A **definição de desenvolvimento sustentável** de maior aceitação política internacional é a consagrada no relatório da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas ou “Relatório Brundtland” (“[Our Common Future](#)”, 1987) (figura 1).

12



“

Desenvolvimento sustentável é aquele que satisfaz as necessidades do presente, sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades”

Figura 1. Definição de desenvolvimento sustentável
Fonte: Relatório Brundtland, 1987



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL ■



- "Um mundo onde a pobreza e a desigualdade são endémicas estará sempre propenso às crises ecológicas, entre outras..."
- "O desenvolvimento sustentável requer que as sociedades atendam às necessidades humanas, tanto pelo aumento do potencial produtivo, como pela garantia de oportunidades iguais para todos."
- "Muitos de nós vivemos além dos recursos ecológicos, por exemplo, nos nossos padrões de consumo de energia... No mínimo, o desenvolvimento sustentável não deve pôr em risco os sistemas naturais que sustentam a vida na Terra: a atmosfera, as águas, os solos e os seres vivos."
- "Na sua essência, o desenvolvimento sustentável é um processo de mudança no qual a exploração dos recursos, o direcionamento dos investimentos, a orientação do desenvolvimento tecnológico e a mudança institucional estão em harmonia e reforçam o atual e futuro potencial para satisfazer as aspirações e necessidades humanas."

(In Relatório Brnndtl and, 1987)

Foi esta definição de desenvolvimento sustentável que conduziu, por sua vez, à definição dos princípios do desenvolvimento sustentável pelos Estados Membros das Nações Unidas na [***United Nations Conference on Environment and Development***](#) que, em 1992, decorreu no Rio de Janeiro, no Brasil, e que nascem da interseção de três pilares (ou dimensões) conhecidos como *triple bottom line* (figura 2). Estes aparecem equilibrados, sem o predomínio de nenhum deles (nomeadamente, do económico, como aconteceu até 1982-1983, conforme o já referido).



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



Figura 2. As três dimensões do desenvolvimento sustentável. Fonte: United Nations, 2015 (2)

E qual o conceito de **saúde sustentável**?

Tal como muitos outros sectores adjectivados como “sustentáveis”, o conceito de saúde sustentável nasce do novo paradigma de desenvolvimento, a que chamamos desenvolvimento sustentável.

De acordo com a Unidade de Desenvolvimento Sustentável do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Saúde Pública inglês:

“Um **sistema sustentável de saúde e de prestação de cuidados** é alcançado por meio da prestação de cuidados de alta qualidade e melhoria da saúde das populações, sem esgotar os recursos naturais ou causar graves danos ecológicos” (3).

Portanto, de acordo com o nível da relação entre sustentabilidade e saúde, temos:

- **Sistema de saúde e de cuidados sustentáveis (*sustainable health and care system*):**

- **Sector sustentável da saúde e de cuidados:** envolve “ecologizar” o sector, com especial atenção à energia, viagens, resíduos, aprovisionamento, água, adaptação de infraestruturas e edifícios, **criação/gestão de espaços verdes**;



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL ■

- **Cuidados de saúde sustentáveis:** envolve trabalhar em todo o sistema de saúde e parceiros para oferecer cuidados de saúde que oferecem um retorno assente nos três pilares da sustentabilidade. Inclui a adaptação da prestação de serviços, mais atividades de promoção da saúde, mais prevenção, responsabilidade social corporativa e desenvolvimento de modelos de cuidados mais sustentáveis.

- **Saúde e bem-estar sustentáveis (*sustainable health and well-being*)** – é o nível mais elevado da relação entre sustentabilidade e saúde, que envolve considerar a sustentabilidade de tudo o que tem impacto na saúde e no bem-estar (por exemplo, educação, agricultura, sistema financeiro, etc.).

Surge, assim, **o conceito de saúde sustentável**, segundo o qual o alcance do melhor nível de saúde e bem-estar da população, num dado momento, não deverá comprometer a saúde e bem-estar das gerações futuras, nem deixar ninguém para trás (4).

E como abordar o **Planeamento em Saúde na lógica do Desenvolvimento Sustentável?**

15

De acordo com importantes investigadores do **planeamento em saúde**², este é descrito como um processo que, partindo de necessidades (e expectativas) de saúde identificadas e priorizadas, permite fazer escolhas, e uma maior racionalização e equidade na alocação dos recursos, tendo por fim último melhorar a saúde e o bem-estar das populações, privilegiando abordagens multisectoriais e que integrem a própria população.

Ou seja, trata-se de um processo contínuo e dinâmico, constituído por uma série de etapas sequenciais, segundo uma cadeia lógica que se inicia num diagnóstico, permite escolher onde e como intervir, e culmina na avaliação das intervenções executadas segundo o planeado, numa ótica de aprendizagem pela experiência que, desejavelmente, será incorporada no ciclo de planeamento seguinte, conduzindo à sua melhoria (figura 3).

² F. Cambournac (1969); Pineault & Daveluy (escola canadiana, que influenciou o planeamento em saúde em Portugal) (1987); Hernán Durán (1989); Imperatori & Giraldes (escola do planeamento em saúde em Portugal) (1993); OMS (vários autores) (2016).



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL ■

Esta abordagem obriga, assim, a considerar o planeamento em saúde no seu conceito de maior abrangência, ou seja, o **planeamento estratégico em saúde** (de base populacional).

E podemos, logo à partida, identificar virtualidades e o potencial deste tipo de planeamento em saúde, para o alcance de mais e melhor saúde sustentável, no contexto do desenvolvimento sustentável e da Agenda 2030, dos quais gostaríamos de destacar os seguintes:

- Se planearmos com as técnicas corretas, podemos fazer mais e melhor, para a saúde das populações e para o desenvolvimento sustentável, pela racionalização da utilização dos recursos, com equidade;
- A importância dada, nas diferentes etapas do processo de planeamento, às “parcerias”, ou seja, à coordenação dos vários sectores (para além do da saúde), num esforço participativo e cocriativo, de natureza multi e intersectorial, é uma condição considerada imprescindível, quer para o alcance de mais e melhor saúde, quer para o desenvolvimento sustentável;
- O facto deste processo poder abranger os diferentes níveis geográficos (do nacional ao local), de um modo articulado e coerente, e ser um processo único, com o potencial de integrar, de um modo lógico, as vertentes estratégica e operativa, favorece e facilita aquilo que tem sido considerado como uma dificuldade, que é o sucesso da fase de implementação.

17

Desafios do planeamento em saúde sustentável

O reconhecimento do papel central da saúde para o alcance do desenvolvimento sustentável tem gerado desafios específicos ao processo de planeamento do desenvolvimento, em geral, e do planeamento em saúde, em particular, os quais têm sido abordados de diferentes formas entre os países e sistemas de saúde.

Esses **desafios** são variados, desde os relacionados com a complexidade do próprio desenvolvimento sustentável e da Agenda 2030, até outros mais metodológicos e processuais, no campo do planeamento, da intervenção e avaliação. Começando pelos relacionados com a complexidade do desenvolvimento sustentável e da saúde sustentável, já em 2014, nas atividades preparatórias da Agenda 2030, Iris Borowy lembrava que “Embora apenas um Objetivo de Desenvolvimento Sustentável se dirija diretamente à saúde, foi assumido que a saúde envolve uma ampla gama de



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

determinantes sociais cobertos pelos outros ODS e que a saúde sustentável requer um mundo sustentável” (6).

De entre os vários países com um plano/estratégia nacional de saúde aproveitamos para destacar a Estratégia Nacional de Saúde do País de Gales, que utilizou como quadro teórico a Agenda 2030, e onde se afirma claramente que “Saúde e bem-estar são vistos como um resultado, um determinante e um facilitador [do alcance] dos ODS” (figura 4) (7).



Figura 4 – Centralidade da saúde nos ODS, segundo a Estratégia Nacional de Saúde do País de Gales

Fonte: Public Health Wales, 2017 (7)

E quais são as consequências para o **processo de Planeamento em Saúde?**



Desafio saúde sustentável:

integrar os princípios e valores do desenvolvimento sustentável e da Agenda 2030 no referencial teórico do processo de planeamento em saúde.



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Como, por exemplo, os designados “5 P” do desenvolvimento sustentável: Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias. Outro aspeto importante a integrar nesse processo é o dever de todos os Países, todas as instituições, atuarem em colaboração, em parceria, para a implementação da Agenda 2030, sendo que esta possui, conforme o já anteriormente referido, 17 ODS e 169 objetivos específicos: integrados, indivisíveis, equilibrando as três dimensões do desenvolvimento sustentável - económica, social e ambiental.

Têm sido feitos vários esforços no sentido de integrar os valores e princípios do desenvolvimento sustentável, bem como os ODS entre si (figura 5), existindo várias escolas e teorias, bem como vários instrumentos em evolução.

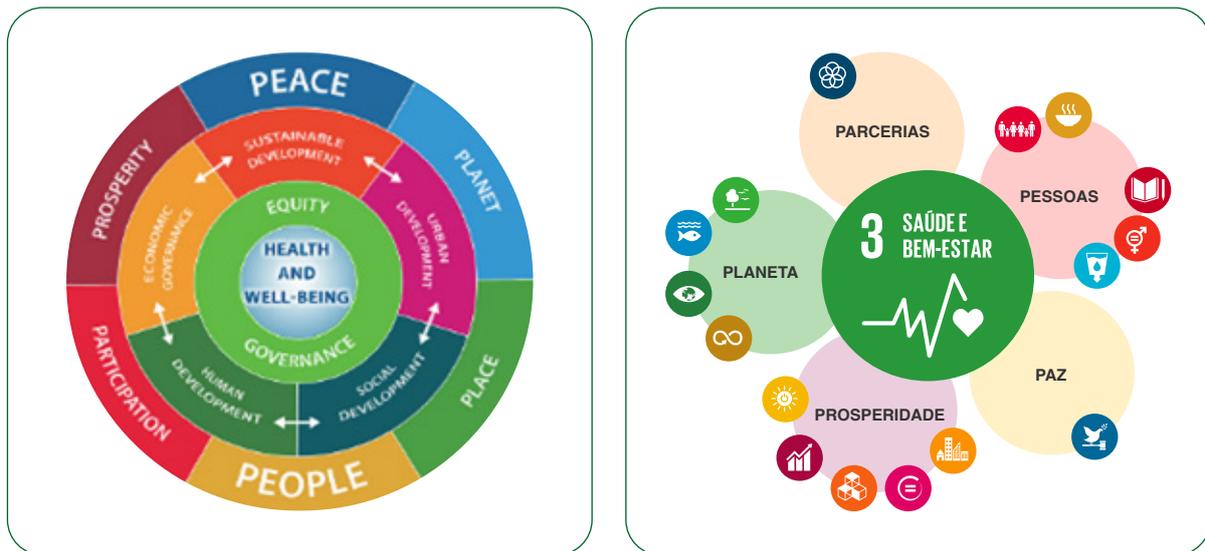


Figura 5 – Esquema de integração dos diferentes princípios e valores do desenvolvimento sustentável (à esquerda) e dos ODS entre si (à direita)

Fonte: OMS (esquema à esquerda); adaptado por Felício MM, a partir de MSPs in Practice – Partnerschaften 2030, Germany, 2019 (esquema à direita)

Das complexas inter-relações da saúde sustentável com as demais áreas da sociedade, pode concluir-se que o processo de planeamento que tenha por fim aumentar a saúde sustentável implica, de forma inequívoca, não só considerar os outros sectores da sociedade que determinam a saúde, como também as consequências da saúde e da prestação de cuidados de saúde nesses outros sectores.





Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, torna-se necessário olhar para os problemas de saúde e a sua priorização de uma outra forma – uma nova tipologia dos problemas de saúde.

O diagnóstico dos problemas de saúde e sua priorização têm, no planeamento dito clássico em saúde, seguido sobretudo os princípios da magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Contudo, considerando que a saúde sustentável implica considerar todos os problemas de saúde e “não deixar ninguém para trás”, isso gera a necessidade de utilizar uma **nova tipologia de problemas de saúde** (Garcia AC, 2018), conforme a utilizada no PNS 2030 (8), que classifica os problemas de saúde em dois tipos.

■ **Nova classificação dos problemas de saúde, em dois tipos:**

- **Problemas de magnitude elevada;**
- **Problemas atualmente de magnitude baixa ou nula em Portugal, mas de elevado potencial de risco, com dois subtipos:**
 - **Problemas que tiveram no passado uma elevada magnitude** (e.g. mortalidade infantil, doenças transmitidas pela água) e que, graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo, foi possível controlar; contudo, estes poderão reemergir com uma magnitude mais elevada, nomeadamente se houver uma redução do investimento (em quantidade e/ou qualidade);
 - **Problemas atualmente de baixa ou nula magnitude que se encontram em risco acelerado de emergir, reemergir ou evoluir para magnitudes elevadas** devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância, de que é exemplo o aquecimento global, resultante das alterações climáticas, e a conseqüente probabilidade de emergirem infeções transmitidas por vetores (e.g. dengue, malária, zika).

Ana Cristina Garcia, 2018 (8)



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL ■

Portanto, todos os ODS, direta ou indiretamente, interessam num diagnóstico de situação de saúde, que é a primeira etapa da sequência lógica do processo de planeamento em saúde. Interessa, também, olhar a posição de Portugal em relação à saúde, e não só os ODS relacionados com a saúde, mas também todos os restantes ODS, o que coloca vários desafios ao nível dos indicadores utilizados⁴.



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, metodologicamente, torna-se necessário priorizar as abordagens cocriativas e participativas do planeamento em saúde, com o reforço da participação das pessoas e da sociedade.

Deverão, pois, ser usados métodos quantitativos e qualitativos de recolha e análise de dados, e a escolha dos parceiros adequados (dentro e fora do sector da saúde; dos sectores público, social e privado), quer para a etapa do diagnóstico de situação de saúde (para a identificação das necessidades de saúde e sua priorização), quer para as etapas subsequentes do processo de planeamento estratégico em saúde.

21



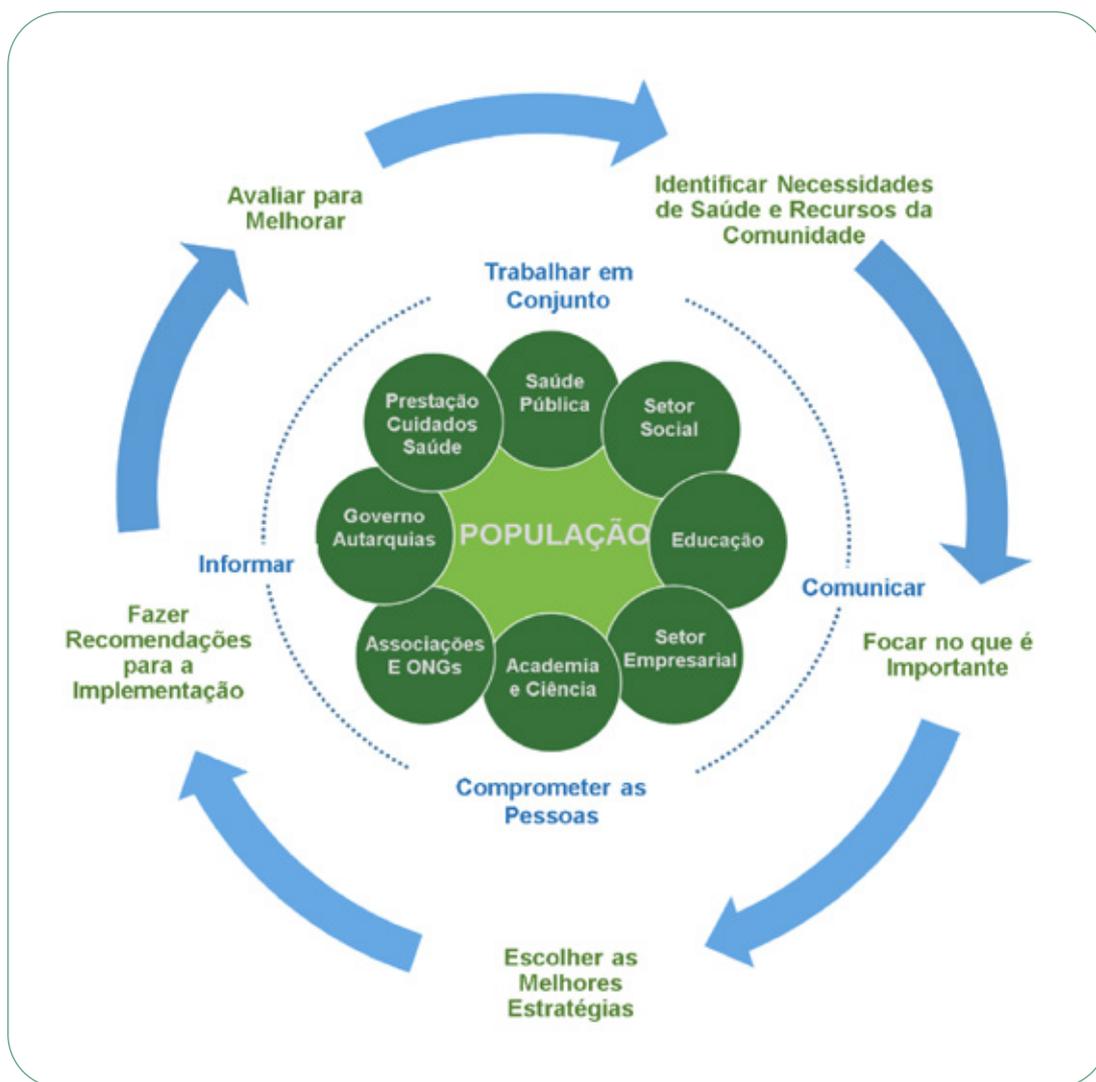
Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, as etapas de **fixação dos objetivos** e de **seleção das estratégias de intervenção** implicarão introduzir outro tipo de objetivos (e.g. reduzir a pegada de carbono associada à prestação de cuidados de saúde), bem como de estratégias (e.g. construção dos edifícios utilizando tecnologias e construção de baixa emissão de carbono), para além dos habitual e classicamente utilizados (e.g. reduzir a mortalidade prematura por determinados tumores malignos, selecionando estratégias de diagnóstico precoce). Igualmente, a etapa da formulação de **recomendações para a operacionalização** implicará a construção de um compromisso ou contrato social pelos diversos parceiros, nos diferentes níveis geográficos, para a implementação dos planos de saúde.

⁴ Exemplos: índice SDG do IHME, GAPFRAME Country Profile: Portugal / Southern Europe.



2. PLANEAMENTO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



Ciclo do Planeamento Estratégico em Saúde de base populacional.

Fonte: adaptado, para o planeamento estratégico em saúde de base populacional, de Institute of Population Health. County Health Rankings. University of Wisconsin, 2014 (8)







DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Necessidades de saúde
- Definição de prioridades
- Principais conclusões
- Lista de verificação

Enquadramento

O DSS é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde (conforme o ciclo de planeamento em saúde apresentado no capítulo anterior) e um dos componentes de um Plano de Saúde⁵ (figura 6). Segundo o PNS 2030, este é considerado “o alicerce sobre o qual é edificado” o Plano de Saúde, desde o processo de elaboração até ao da respetiva implementação.

25

COMPONENTES			
Diagnóstico	Recomendações para a implementação	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Medição dos problemas de saúde e dos determinantes de saúde • Identificação das necessidades e expectativas de saúde e dos recursos da comunidade • Hierarquização por prioridades, dos problemas e das necessidades de saúde • Projeção dos problemas de saúde
Objetivos de Saúde	Plano de Comunicação		
Estratégias	Plano de Monitorização e Avaliação		
		Objetivos de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Fixação dos objetivos de saúde
		Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção de estratégias de intervenção
		Recomendações para a implementação Plano de Comunicação Plano de Monitorização e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio ao planeamento tático e operacional através de recomendações • Modelo de comunicação do plano de saúde • Modelo de monitorização e avaliação do plano de saúde

Figura 6 – Componentes de um Plano de Saúde
 Fonte: Garcia AC, Felício M, Teixeira C (2010)

⁵ No planeamento subnacional em saúde dá-se especial relevo aos Planos Locais de Saúde, sob a coordenação técnica dos serviços de saúde pública, como instrumentos fundamentais de melhoria do nível de saúde e bem-estar, rumo à saúde sustentável e redução das desigualdades, ao nível local.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE

O DSS compreende a **descrição** e a **análise** da situação de saúde, iniciando-se pela **caracterização demográfica da população-alvo**. A partir da melhor informação epidemiológica disponível, seu tratamento e análise, é efetuada a **medição dos problemas de saúde e dos determinantes de saúde**.

Segundo Pineault (9), um **problema de saúde** é um estado considerado deficitário pelo indivíduo, profissional de saúde ou sociedade. Os problemas de saúde são medidos através de indicadores de morbidade (e.g. taxas de incidência ou de prevalência), mortalidade [e.g. taxas de mortalidade, anos de vida potencial perdidos (AVPP)] ou compostos [e.g. Disability Adjusted Life Years (DALYs) – indicador composto de mortalidade prematura, doença e incapacidade].

Os **determinantes de saúde** são fatores que contribuem para o estado atual de saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença, lesão, incapacidade ou de morte prematura e evitável (4) designando-se, respetivamente, por **fatores de risco** e **fatores de proteção**. Um mesmo determinante de saúde pode estar relacionado com mais do que um problema de saúde e vice-versa. Também um grupo de diferentes determinantes pode estar relacionado com um grupo de vários problemas de saúde. Neste Guia adotamos a mesma **classificação dos determinantes de saúde** utilizada no PNS 2030, designadamente: ambientais; biológicos; comportamentais ou estilos de vida; demográficos e sociais (que incluem os **determinantes comerciais**); económicos; relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (figura 7).

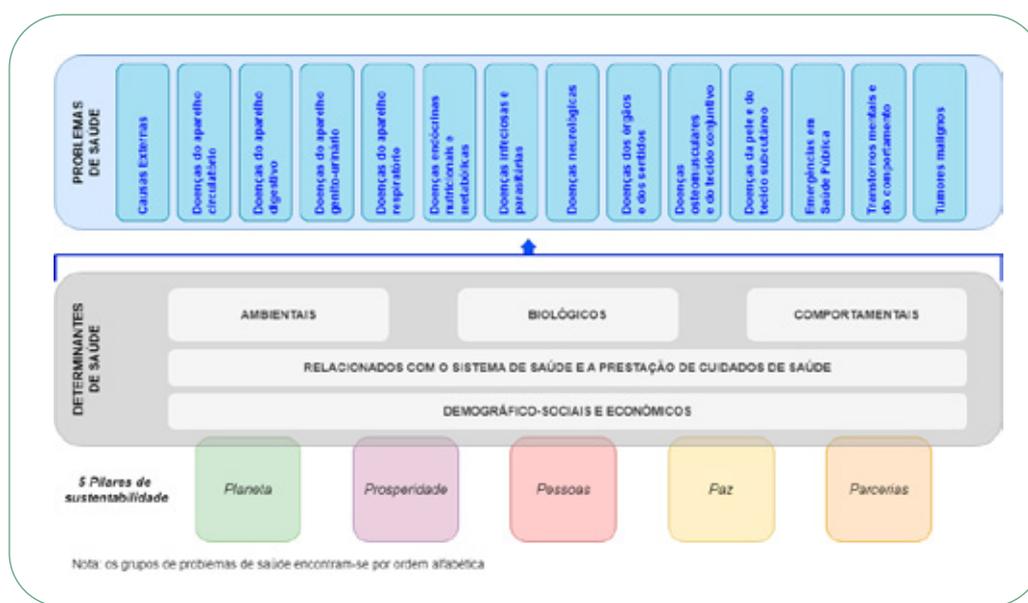


Figura 7 – Problemas de saúde, determinantes de saúde e os cinco pilares da sustentabilidade
Fonte: PNS 2030 (4)



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, para além dos determinantes dos problemas de saúde estudados no DSS, é preciso considerar os demais determinantes de saúde, numa abordagem holística e integrada, “sem deixar ninguém para trás”.

Todos os **indicadores utilizados no PNS 2030** e respetiva **metainformação** podem ser encontrados [aqui](#)⁶. Esta informação, no contexto do planeamento subnacional para a saúde sustentável, é especialmente relevante no apoio à seleção dos indicadores que é possível utilizar a este nível, sua construção e fontes dos respetivos dados.

Em relação à **identificação das necessidades e expectativas de saúde**, este processo será alvo de explicação detalhada mais à frente, neste capítulo, em particular, no que diz respeito às necessidades técnicas de saúde.

27

Quanto aos **recursos da comunidade**, a sua definição tem vindo a tornar-se mais abrangente, incluindo não só aspetos materiais, como também imateriais da comunidade. De acordo com uma *scoping review* recente, estes têm sido descritos como os “recursos coletivos que os indivíduos e a comunidade têm ao seu dispor, que protegem contra resultados de saúde adversos e promovem a saúde e o bem-estar” (10). Assim, neles são incluídos não só os equipamentos (e.g. termais, de lazer, desporto, cultura), planeamento e organização, recursos naturais, principais fontes de rendimento (e.g. empresas, cooperativas agrícolas) e estruturas locais de suporte e coesão social (e.g. associações, comunidades de fé, grupos de entreajuda e voluntariado), como as próprias pessoas e respetivas capacidades individuais⁷.

⁶ Os **Perfis de Saúde**, uma das ferramentas de monitorização do estado de saúde da população ao nível subnacional, desenvolvida no âmbito do trabalho colaborativo dos serviços de saúde pública a esse nível, possuem também a metainformação dos indicadores utilizados, e têm apoiado a realização do DSS, sobretudo, no âmbito do processo de elaboração dos Planos Locais de Saúde.

⁷ Como exemplo possível de um processo detalhado de identificação de recursos da comunidade, recomenda-se a consulta do documento “[Plano Local de Saúde: identificação e priorização dos recursos da comunidade](#)” (11).

⁸ Incluindo todos os parceiros com interesse nos ODS relacionados direta ou indiretamente com a saúde.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

A **hierarquização por prioridades dos problemas e necessidades de saúde**, bem como a **projeção dos problemas de saúde** e o **prognóstico de saúde** serão também abordados mais à frente, com maior detalhe.



Desafio saúde sustentável:

o contexto do planeamento em saúde sustentável implica reforçar a **cocriação** no processo de construção e implementação de um Plano de Saúde, que envolve, **em todas as suas etapas, a começar pelo DSS**, através de metodologias adequadas de participação, as diferentes partes interessadas (*stakeholders*)⁸, dentro e fora do sector da saúde, não esquecendo os grupos da população mais vulneráveis e/ou marginalizados, respeitando o princípio de “não deixar ninguém para trás”. Um fator crítico de sucesso do referido processo é a **participação precoce**.

Necessidades de Saúde

A **identificação de necessidades de saúde** (NS) pode ser definida como um “processo sistemático de revisão de questões de saúde de uma população, por forma à obtenção de decisões conjuntas quanto às prioridades e alocação de recursos de saúde que conduzirão à melhoria do nível de saúde e redução das desigualdades.”⁹ A identificação de NS fornece a base de compreensão dos problemas que afetam uma comunidade ou população e seus determinantes, que permitirá posteriormente a seleção das estratégias de intervenção mais adequadas para os resolver ou reduzir.

Problema e NS não são sinónimos, mas sim conceitos relacionados. Assim, uma **NS** é a diferença entre o estado de saúde atual da população e o estado de saúde desejado (figura 8) (9). Podemos afirmar que cada problema de saúde identificado está associado a uma necessidade de saúde. Contudo, as NS decorrem não só dos problemas de saúde, como também dos determinantes de saúde. As NS consistem, assim, numa tradução mais operacional dos problemas de saúde e respetivos determinantes. Portanto, primeiro são identificados os problemas de saúde e, posteriormente, as necessidades de saúde que lhes estão associadas.

⁹ Adaptado de Cavanaugh e Chadwik (12).



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

A identificação de NS requer uma análise aprofundada dos problemas de saúde, e não a sua mera descrição, tentando identificar as “causas das causas” e, dessa forma, compreender quais os ganhos que é possível e expectável obter.

A principal vantagem de utilizar uma abordagem centrada na identificação de NS é o foco do processo de planeamento passar a centrar-se na ação, ou seja, nas estratégias que é necessário implementar para reduzir ou eliminar as NS (por problemas ou por determinantes de saúde) identificadas.

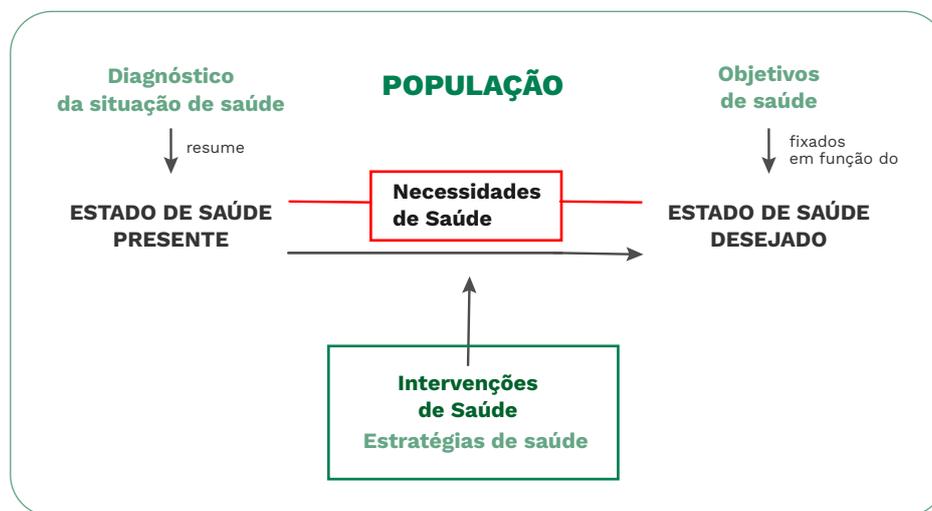


Figura 8 – Necessidades de saúde da população
Fonte: Garcia AC, 2013

Existem vários **tipos de NS** (9) mas, no âmbito deste Guia, destacamos as seguintes:

- As **necessidades técnicas ou normativas de saúde (NTS)**¹⁰, definidas pelos profissionais de saúde. No contexto do processo de elaboração de um PLS, são identificadas pela entidade que tem a competência da coordenação técnica deste processo, a este nível: a Unidade de Saúde Pública (USP), em colaboração com outras Unidades Funcionais/Serviços/Departamentos da Unidade Local de Saúde (ULS) e/ou com o sector da Academia/Ciência, sempre que necessário e relevante. As NTS são as que mais diretamente decorrem da descrição e análise dos problemas e determinantes de saúde de uma determinada população e, portanto, exigem a utilização de uma **metodologia quantitativa, de base epidemiológica;**

¹⁰ As **necessidades comparativas**, que resultam de benchmarking ou comparação com outras populações consideradas comparáveis, podem ser entendidas como um componente das necessidades técnicas de saúde, na medida em que o benchmarking é uma técnica importante utilizada na definição do nível de saúde ideal ou desejado.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

- As **necessidades sentidas de saúde (NSS)**, que dizem respeito à percepção da população sobre a sua saúde, incluindo as suas **expectativas** sobre a mesma. Para a identificação das NSS é necessário utilizar uma **metodologia** essencialmente **qualitativa**, envolvendo todas as partes interessadas.

Assim, a identificação das NS da população implica uma **abordagem metodológica mista** (ou multimetodológica): quantitativa e qualitativa.



Desafio saúde sustentável:

enquanto que, no planeamento estratégico dito “clássico” em saúde pretende-se, na fase de identificação das NSS, obter o máximo possível de consenso entre as diferentes partes interessadas (são, sobretudo, utilizadas técnicas de consenso), no planeamento estratégico em saúde sustentável pretende-se acolher o máximo possível de percepções e expectativas de saúde, na sua diversidade, por parte de todas as partes interessadas, sem deixar “ninguém para trás” (podem ser utilizados, por exemplo, inquéritos por questionário e/ou por entrevista, fóruns, grupos focais, entre outros, ou mais do que uma técnica de recolha de dados¹¹).

A **identificação de necessidades de saúde** é, portanto:

- Um **ato técnico**, na medida em que utiliza metodologias, ferramentas analíticas e tecnologias para gerar e analisar a evidência;
- Um **ato social**, porque envolve todas as pessoas da comunidade no processo de decisão;
- Um **ato ético**, porque lida com questões relacionadas com o valor da saúde e da vida, bem como as relacionadas com a justiça social e a equidade.

Da identificação das necessidades de saúde resultarão **necessidades de serviços** considerados necessários para dar resposta às necessidades de saúde, e dessas resultarão necessidades de recursos, para assegurar os serviços necessários.

¹¹ No PNS 2030 foi utilizado um inquérito por questionário *online* na identificação das NSS, dirigido a todos os *stakeholders* que integram a Comissão de Acompanhamento, o que foi particularmente adequado, uma vez que a recolha de dados decorreu durante a pandemia de COVID-19.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

Ao conjunto das necessidades de saúde, de serviços e de recursos, dá-se o nome de **necessidades em saúde** (figura 19).

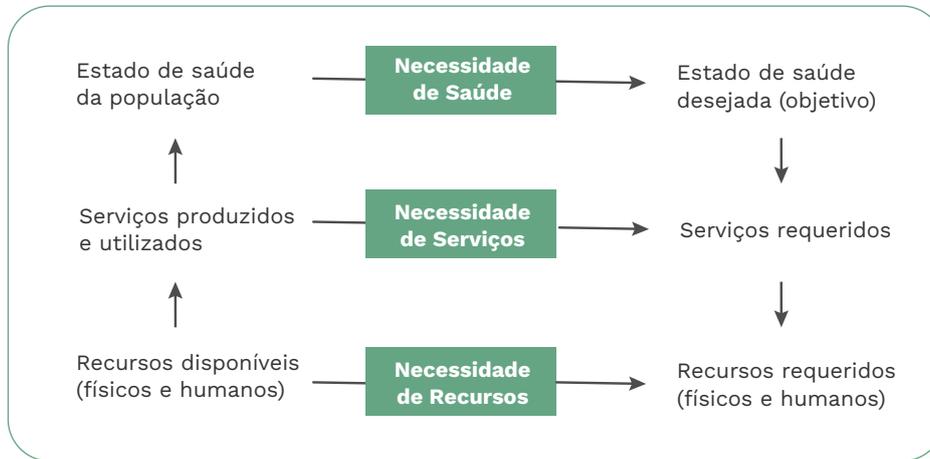


Figura 9 – Necessidades em saúde
Fonte: Garcia AC, 2010 – adaptado de (9)

O **primeiro componente da identificação de NTS** é a definição da **população-alvo** e a sua caracterização, conforme já referido no início deste capítulo. No caso do processo de elaboração de um PLS, a população-alvo que tem sido considerada habitualmente é a população residente na área geodemográfica de influência da ULS.

31



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, a **população-alvo** de um PLS corresponde, para além da população residente, à **população presente** na área geodemográfica de influência da ULS. Daí a importância de envolver as principais partes interessadas neste processo, sobretudo, as que conhecem e/ou lidam com grupos da população mais “marginais”, como sejam, imigrantes e nómadas, entre outros.

O **segundo componente** é a **recolha de dados** sobre o nível ou estado de saúde da população e seus determinantes. A figura 10 ilustra as **principais fontes de dados** a utilizar na caracterização das NTS.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE

Principais Necessidades de Saúde da população e Ganhos desejados Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde

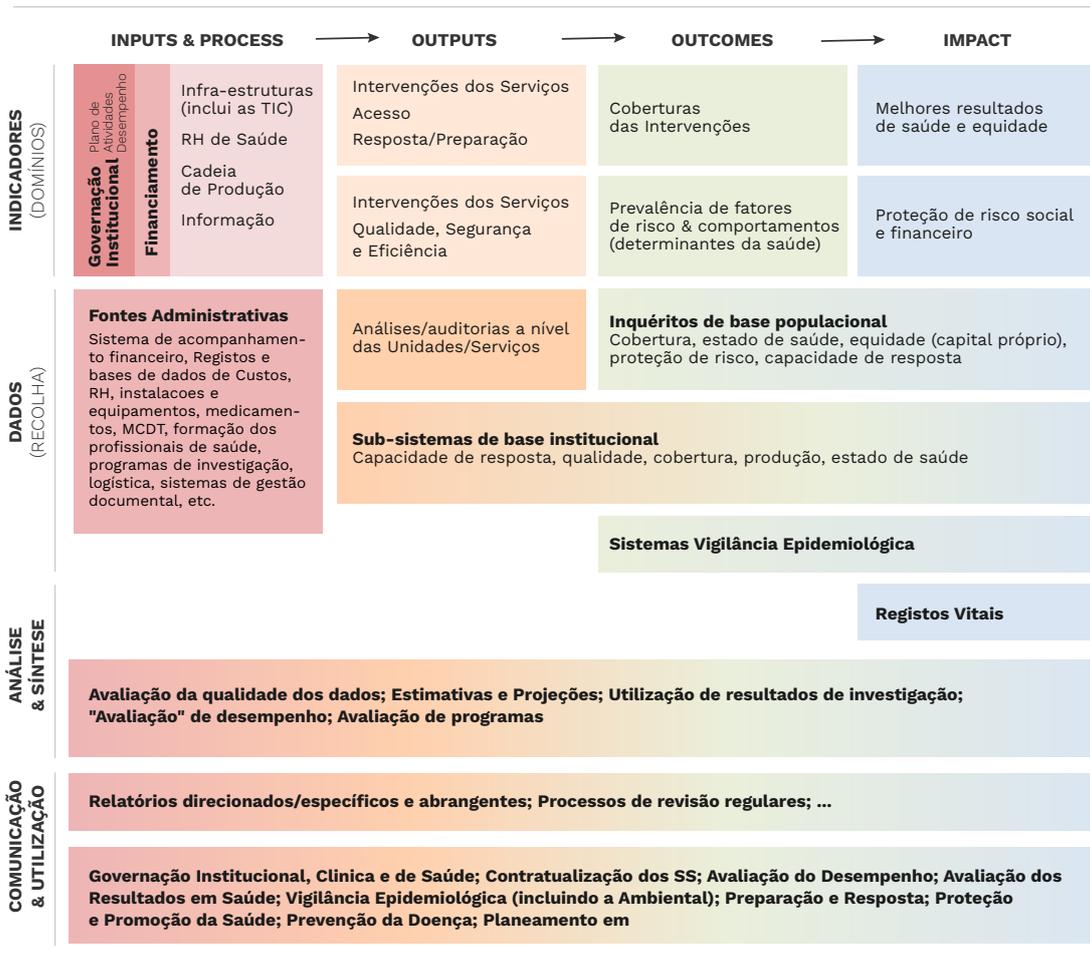


Figura 10 – Exemplo de dados e fontes de informação, segundo um modelo lógico

Fonte: Machado V, Felício M (2017) - adaptado de WHO (13)



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável: os *inputs & processes* e os *outputs* dizem não só respeito aos serviços de saúde (conforme o exemplo da figura 10), como a todas as outras partes interessadas, dentro e fora do sector da saúde; os *outcomes*, que dizem sobretudo respeito aos resultados em termos dos determinantes de saúde, devem abranger todos os grupos de determinantes (conforme já anteriormente referido), com especial relevo para aqueles mais relacionados com os ODS. Tal constitui um desafio para o desenho de um sistema de informação de saúde de base holística e integrado, que tenha como foco a saúde sustentável.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

O **terceiro componente** corresponde à **análise dos dados**, para identificar relações e padrões entre os dados. Tem como finalidade a geração de informação orientada para a ação.

Atualmente, a análise e interpretação dos dados é uma das principais lacunas na fase de identificação de NTS. Este componente é o que mais valor acrescenta ao processo de identificação de NTS. No entanto, exige um grande investimento para compreender os fenómenos associados a cada problema de saúde, desde a sua distribuição na população e subgrupos que a integram, fatores de risco e protetores, estratégias implementadas e recursos disponíveis para a resposta ao problema. Este componente cinge-se, frequentemente, a uma mera descrição dos dados, o que limita a sua utilidade na quantificação de NTS.

Durante a análise dos dados recomenda-se uma abordagem orientada pelos **quatro tipos de análise de dados** (figura 11):

- **Descritiva:** É o tipo de análise mais básico e também o mais simples de realizar. Corresponde à sumarização, descrição e visualização dos dados de uma forma que seja relevante para o contexto da análise. Este tipo de análise responde à questão “o que aconteceu no passado?”. É útil para identificar tendências e padrões que podem auxiliar os serviços de saúde na tomada de decisão, essencialmente de um ponto de vista operacional;
- **Diagnóstica:** Este tipo de análise responde à questão “Porque aconteceu?”. Vai além da análise descritiva, na medida em que procura identificar as “causas” possíveis dos problemas identificados. Requer, portanto, um raciocínio probabilístico que permita hierarquizar as possíveis “causas” por uma ordem de probabilidade. O sucesso deste tipo de análise assenta num elevado conhecimento sobre o problema de saúde em análise, e pode ser necessário consultar especialistas nas respetivas áreas. Esta etapa requer, ainda, conhecimento sobre os fluxos de dados relacionados com os sistemas de informação e indicadores utilizados para monitorizar os problemas de saúde (recolha, processamento, análise), porque as conclusões que é possível obter da análise dos indicadores disponíveis encontram-se fortemente dependentes da **qualidade dos dados** subjacentes;





Caso Prático 1

Até ao ano X, um médico regista, no sistema de registo de saúde eletrónico, o índice de massa corporal (IMC) dos doentes, mas não efetua qualquer registo de "Excesso de peso" ou "Obesidade" no campo correspondente da avaliação SOAP. A partir do ano X+1 é efetuada uma alteração no sistema de registo, em que sempre que o IMC obtido traduz uma situação de "Excesso de peso" ou "Obesidade", estes problemas são automaticamente registados na avaliação SOAP, sem necessidade do médico o efetuar manualmente.

Neste caso prático é muito provável que a alteração efetuada no sistema de registo se repercuta num aumento da proporção de utentes com registo de "Excesso de peso" e "Obesidade", sem que isso traduza um real aumento da incidência e prevalência destes problemas de saúde.

Sem o conhecimento da referida alteração no sistema de registo, durante a etapa de identificação de NTS as mudanças observadas na série temporal dos registos de "Excesso de peso" e "Obesidade" seriam erradamente interpretadas como um aumento real da incidência e prevalência destes problemas de saúde na população.

34

- **Preditiva:** Este tipo de análise responde à questão “O que pode acontecer?”. Identifica cenários possíveis de evolução do problema no futuro. É relevante para a identificação de NTS, porque um problema pode não ter uma magnitude que o torne prioritário no presente, mas apresentar uma evolução esperada muito negativa, o que justificaria a sua priorização para intervenção no presente. A metodologia a utilizar neste tipo de análise será explorada com maior detalhe no capítulo das projeções e prognóstico;
- **Prescritiva:** Este tipo de análise responde à questão “O que fazer?”. Neste tipo de análise são identificadas possíveis estratégias para intervir sobre as NTS identificadas. Apesar de este tipo de análise ser apresentado neste capítulo por uma questão de coerência lógica com os outros tipos de análise, a análise prescritiva está intimamente relacionada com a **etapa de seleção de estratégias** e é nesse momento do ciclo de planeamento que é elaborada.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

Cada uma destas quatro etapas apresenta complexidade crescente, relativamente à anterior; no entanto, o valor acrescentado aumenta com cada tipo de análise adicional.

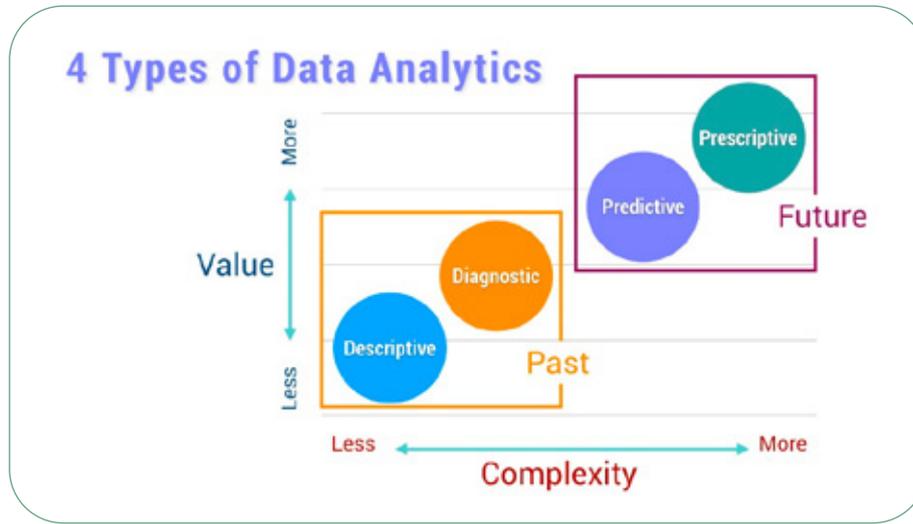


Figura 11 – Tipos de análise de dados
Fonte: March T, 2020 (14)

35

O **principal produto da etapa de identificação das NTS** consiste numa lista das NTS, por problemas de saúde e por determinantes de saúde, que irá ser o ponto de partida para as etapas de identificação de NSS e de identificação e priorização finais das NS da população.

Volta a salientar-se que a determinação de necessidades de saúde **deve incluir não só o sector da saúde, mas também todas as restantes partes interessadas**, com o objetivo último de se obter um compromisso para a ação, dirigida às necessidades identificadas, e a sua incorporação no trabalho desenvolvido e nos respetivos planos de ação, permitindo uma maior e/ou melhor alocação de recursos para dar resposta aos principais problemas de saúde de uma população.

Definição de Prioridades

A priorização de problemas ou NS tem sido considerada uma etapa crucial no processo do planeamento estratégico em saúde, de base populacional, uma vez que permite identificar a quais problemas ou necessidades serão alocados a maior parte dos recursos, que são finitos. A sua correta definição é importante na medida em que se pretende utilizar os recursos disponíveis de forma efetiva e, se existir um reconhecimento por parte das diferentes partes interessadas sobre quais os



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

principais problemas ou NS a abordar, maior será a participação e o compromisso das mesmas no processo de intervenção que levará à mudança do estado de saúde e bem-estar, no sentido desejado.



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, “não deixar ninguém para trás” implica que todas as NS que forem identificadas se encontram num mesmo patamar de relevância para a intervenção: quer as necessidades por problemas de magnitude elevada ou crescente, quer as por problemas de magnitude atualmente baixa ou nula, mas elevado potencial de risco.

Contudo, o acima exposto não implica que não possa ou não deva ocorrer a definição de prioridades¹². Esta poderá decorrer no final da identificação das NS, no âmbito do processo de elaboração do Plano de Saúde, ou posteriormente, já na fase da sua implementação, no âmbito do planeamento tático-operacional da intervenção, pelas diferentes partes interessadas, dentro e fora do sector da saúde.

Existem várias **técnicas de definição de prioridades** disponíveis, das quais damos exemplo de algumas das que têm sido mais utilizadas no âmbito do planeamento em saúde (Anexo). A OMS (15) considera que a priorização de NS, a seleção de estratégias de intervenção (abordada mais à frente neste Guia) e a priorização posterior de ações ou intervenções concretas, já no âmbito da implementação do Plano, fazem parte de um mesmo processo de tomada de decisão. Assim, propõe que, a este processo e respetivos métodos e técnicas estejam subjacentes **cinco critérios gerais**:

- Carga do problema ou NS – tem a ver, por um lado, com a magnitude, gravidade e “urgência” do problema ou necessidade e, por outro, com a perceção que as pessoas, as diferentes partes interessadas, têm acerca dessa carga;
- Efetividade da intervenção – este critério procura responder à questão de qual é

¹² No PNS 2030 optou-se por não se utilizar nenhum processo formal de definição de prioridades, apesar de, no processo de identificação de NSS, se ter solicitado às diferentes partes interessadas (elementos da Comissão de Acompanhamento, de natureza multisectorial e multinível) para atribuírem uma valoração (em termos do grau de prioridade atribuído) às NS por si identificadas.



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

a possibilidade de determinada intervenção satisfazer (total ou parcialmente) determinada(s) NS;

- Custo da intervenção – a intervenção tem que ser economicamente viável e sustentável;
- Aceitabilidade da intervenção – tem a ver com a aceitabilidade da intervenção que se pretende implementar por parte da população-alvo ou da comunidade;
- Justiça – é o estado, condição ou qualidade de ser livre de preconceito ou injustiça; tem a ver com os princípios da igualdade e da equidade.

Importa, ainda, sublinhar que a definição de NS prioritárias não implica o desinvestimento de recursos ou a interrupção de iniciativas do próprio sistema de saúde e da comunidade, com vista à satisfação (total ou parcial) de NS consideradas “menos” prioritárias, nomeadamente, as decorrentes de problemas de saúde atualmente de baixa ou nula magnitude, mas elevado potencial de risco.

Diagnóstico de Situação de Saúde – principais conclusões

■ Assim, **em síntese**, o DSS permite:

- Identificar os problemas de saúde de uma população e dos subgrupos que a integram, bem como dos determinantes de saúde subjacentes;
- Identificar problemas que ainda não estão a ser alvo de intervenção por parte dos serviços de saúde ou de outros sectores da comunidade;
- Estimular a participação das diferentes partes interessadas na identificação e priorização das NS (por problemas e por determinantes de saúde), identificando as NSS ou expectativas de saúde;
- Identificar aspetos relevantes ainda desconhecidos ou incertos relativos a problemas de saúde, determinantes ou às relações entre estes, para posterior investigação (identificação de necessidades de investigação);



3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: LER A REALIDADE ■

- Informar sobre a efetividade das medidas implementadas para satisfazer as NS nos ciclos de planeamento anteriores;
- Identificar os valores socioculturais da população-alvo (e.g. valorização da qualidade em relação à quantidade de vida, barreiras culturais, linguísticas ou outras, por parte de alguns subgrupos da população);
- Contribuir para a identificação dos recursos da comunidade disponíveis e de possíveis estratégias para satisfazer (total ou parcialmente) as NS existentes, fazendo "a ponte" para a implementação, ou seja, para o planeamento tático-operacional.

[adaptado por Garcia, AC, de Pineault e Daveluy, 1992 (9)]



Lista de Verificação 1

Diagnóstico de situação de saúde

- ✓ 1. Identificação da população residente na área geográfica de referência do Plano de Saúde.
- ✓ 2. Identificação das diferentes partes interessadas em todos os sectores, não esquecendo os grupos minoritários e/ou socialmente marginalizados.
- ✓ 3. Identificação, em conjunto com as diferentes partes interessadas, da população presente na área geográfica de referência do Plano de Saúde.
- ✓ 4. Identificação dos problemas e das necessidades técnicas de saúde - de base epidemiológica e efetuada pela equipa do serviço de saúde pública.
- ✓ 5. Identificação e priorização das necessidades sentidas ou expectativas de saúde pelas diferentes partes interessadas, bem como dos respetivos recursos da comunidade (no caso dos PLS), sob a coordenação técnica da equipa do serviço de saúde pública.
- ✓ 6. Análise e integração finais das necessidades técnicas e sentidas (ou expectativas) de saúde, seguida ou não da sua priorização.





4

**PROGNÓSTICO
DE SAÚDE:
PREVER O FUTURO**



4. PROGNÓSTICO DE SAÚDE: PREVER O FUTURO

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Projeção e previsão
- Métodos de previsão
- Recomendações para as projeções e previsões subnacionais
- Lista de verificação

Enquadramento

Apesar de este tema estar a ser abordado num capítulo à parte, a elaboração de previsões e prognósticos de saúde da população é parte integrante do diagnóstico de situação de saúde da população.

As metodologias descritas neste capítulo inserem-se, portanto, na análise preditiva identificada e descrita no capítulo anterior.

A utilização de técnicas de projeção permite obter um valor contrafactual esperado, com o qual podemos comparar a evolução observada do indicador e implementar ações corretivas mediante os desvios encontrados durante a fase de monitorização dos problemas de saúde.

As técnicas de projeção, quando aplicáveis, são um importante instrumento de apoio, não só para a realização de prognósticos de saúde da população, como para a quantificação dos objetivos de saúde.

Projeção e previsão

Existe alguma sobreposição dos conceitos de projeção, previsão, predição e prognóstico. Aliás, diferentes fontes bibliográficas conferem diferentes significados a estes conceitos.

Para efeitos do PNS 2030 e deste Guia, adotamos os seguintes conceitos:

- **Projeção:** corresponde ao resultado da aplicação de um conjunto particular de pressupostos relativamente a tendências futuras (16), ou seja, corresponde a uma estimativa de valores futuros, tendo por base a extrapolação de valores de



4. PROGNÓSTICO DE SAÚDE: PREVER O FUTURO ■

uma série temporal observada ou estimada/hipotética. Recorre a técnicas analíticas e estatísticas. No contexto da saúde, podemos efetuar projeções de incidência de doenças, taxas de mortalidade, utilização de serviços de saúde, ou qualquer série temporal para a qual existam dados de qualidade¹³ disponíveis;

- **Previsão:** corresponde ao valor esperado mais provável de evolução do indicador em análise, que pode basear-se em projeções, cenários e/ou numa avaliação subjetiva do contexto que influencia positiva ou negativamente a evolução do indicador (16);
- **Modelos:** são representações matemáticas ou estatísticas de sistemas ou fenómenos reais, utilizados para analisar relações entre variáveis. Tentam capturar as dinâmicas existentes entre vários fatores que podem influenciar os resultados de saúde. No caso das projeções em saúde utilizadas no PNS 2030, os modelos mais simples incluem apenas o evento ou fenómeno de interesse e o tempo.

Métodos de previsão

Existem vários **métodos de previsão** que podem ser utilizados para obter estimativas da evolução da mortalidade, podendo ser agrupados em três categorias:

- **Métodos extrapolativos:** baseiam-se na aplicação de métodos matemáticos a séries temporais históricas, estendendo para o futuro as tendências identificadas. Partem do pressuposto que os padrões e relações identificadas entre os dados se manterão no futuro, ou seja, que o futuro será uma continuação do passado nos fatores que levaram aos dados observados do indicador. Estes métodos requerem dados históricos em quantidade e qualidade suficientes para capturar fielmente os padrões subjacentes. A principal vantagem consiste no facto de possibilitarem a elaboração de boas previsões de forma simples. São, atualmente, os métodos que conferem melhores resultados e são amplamente utilizados em múltiplos sectores da sociedade;

¹³ “Data quality” tem sido frequentemente definida como “fit for use” ou “fit for purpose”. Considera-se que o estudo da qualidade dos dados deveria abranger não só os dados per se (a dimensão mais frequentemente analisada), como também a utilização dos dados e o(s) processo(s) de recolha dos mesmos. Contudo, existem diferentes quadros de referência, quer metodológicos, quer no que diz respeito às dimensões da qualidade a serem analisadas e respetivos atributos, sendo que os 3 atributos mais frequentemente analisados têm sido a “completeness, accuracy and timeliness” (17, 18, 19).



4. PROGNÓSTICO DE SAÚDE: PREVER O FUTURO ■

- **Métodos explicativos:** baseiam-se na premissa de que os fenómenos em análise são causados por um conjunto de variáveis observáveis, que serão suficientes para explicar os padrões e tendências observados. Recorrem, portanto, a esse conjunto de variáveis para efetuar previsões. Focam-se nas relações de causalidade entre vários fatores (determinantes de saúde, oferta de serviços de saúde, impacto social, etc.) e o fenómeno em análise, de forma a compreender os mecanismos que levaram às tendências e padrões observados. Podem adquirir um carácter mais objetivo ou subjetivo. A principal vantagem é que permitem compreender a relação dinâmica entre “causa” e “efeito”, e direcionar as intervenções para as “causas” que resultam num maior impacto sobre o problema em análise. O contexto atual da saúde, no qual prevalecem as doenças crónicas, de etiologia multicausal, e a multimorbilidade, é muito frequentemente associado a insuficiências na qualidade e quantidade de dados disponíveis, o que confere limitações à aplicabilidade de métodos explicativos com uma elevada componente quantitativa;
- **Métodos qualitativos e de consenso:** para efetuar previsões, baseiam-se em técnicas de consenso, na análise de cenários e no juízo de peritos. São particularmente úteis em situações em que as séries temporais históricas são curtas ou inexistentes, de baixa qualidade, ou quando eventos futuros dependem de fatores subjetivos ou circunstâncias em frequente mudança. Uma das limitações da abordagem qualitativa é os peritos estarem sujeitos a vieses (e.g. tendem a subestimar a probabilidade de ocorrência de cenários extremos), pelo que a qualidade das previsões obtidas é fortemente dependente do grupo de peritos que elabora a previsão (20).

Estes três tipos de métodos podem atuar de forma complementar. Enquanto os métodos extrapolativos fornecem uma quantificação da evolução esperada do problema de saúde, os métodos explicativos podem ajudar a compreender quais os determinantes e outros fenómenos que contribuem para a previsão efetuada. Os métodos qualitativos podem ser os únicos disponíveis para problemas de saúde sobre os quais pouco se sabe relativamente ao que influencia a sua evolução.

A combinação de vários métodos de previsão pode levar a melhores resultados do que a utilização de apenas um dos métodos referidos (20).

Os **métodos extrapolativos** aplicam-se, essencialmente, aos problemas de



4. PROGNÓSTICO DE SAÚDE: PREVER O FUTURO ■

magnitude elevada existindo, neste âmbito, várias abordagens de modelação possíveis (21):

- **Modelos de regressão:** são efetuadas projeções da série temporal de interesse, em função do tempo. Podem ser incluídas outras variáveis preditoras;
- **Modelos de alisamento/suavização exponencial:** correspondem a médias ponderadas das observações passadas, atribuindo exponencialmente menos preponderância a observações do passado mais distante. Foca-se na tendência e sazonalidade dos dados. Esta abordagem permite frequentemente obter rapidamente projeções fiáveis. **A maior parte das projeções utilizadas no PNS 2030 segue esta abordagem**, uma vez que, na mortalidade por todas as causas e nas causas que representam maior magnitude de mortalidade, se assistiu a uma desaceleração da redução da mortalidade comparativamente ao que se verificou, em média, no período 1992–2013;
- **Modelos ARIMA:** fornecem uma abordagem complementar à suavização exponencial, na medida em que se focam na autocorrelação existente nos dados.

Uma vez que o propósito da utilização destes modelos é a **elaboração de previsões**, a sua validação para esse propósito é fundamental. Recomenda-se a validação através de métodos de *time series cross-validation* ou outras metodologias de validação com dados *out-of-sample* (21).

Recomendações para as projeções e previsões subnacionais

No âmbito do planeamento estratégico em saúde, de base populacional, ao nível da ULS, recomenda-se que seja explorada uma abordagem quantitativa (métodos extrapolativos) da evolução esperada dos indicadores de mortalidade. Os dados de mortalidade são dos poucos que apresentam a robustez suficiente e para os quais existe uma série temporal suficientemente longa para que se possam implementar os métodos extrapolativos¹⁴.

¹⁴ Se não existir capacidade técnica a este nível, sugere-se a articulação da USP com o sector da Academia/Ciência a esse nível (locorregional), ou recorrer ao apoio técnico do nível regional ou nacional.



4. PROGNÓSTICO DE SAÚDE: PREVER O FUTURO ■

Quanto aos indicadores de morbilidade e relativos a determinantes de saúde, na maior parte das situações ainda não existem séries temporais com a robustez necessária para se poder fazer essa mesma abordagem. Recomenda-se, nesses casos, a utilização de métodos qualitativos ou mistos, na elaboração de projeções a nível da ULS.



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, na análise preditiva ou prognóstica que tem que ser efetuada terão que ser também consideradas as análises preditivas e cenários efetuados por outros sectores e entidades como, por exemplo, no âmbito das alterações climáticas, dos indicadores económicos, do impacto do envelhecimento da população nos sistemas de proteção social e na saúde, entre outros.

45

Em geral, quanto maior a magnitude do problema, menos oscilações fruto do acaso serão observadas na série temporal, e melhor será a qualidade da projeção¹⁵. Por este motivo, habitualmente, quanto mais agregado o nível geográfico utilizado para a projeção, maior o nível de confiança no resultado.

Quando as projeções a nível da ULS não permitem obter confiança suficiente no resultado para que os valores obtidos sejam úteis no apoio à tomada de decisão e/ou quantificação de objetivos de saúde, pode ser utilizada uma unidade geográfica mais agregada (e.g. NUTS III, NUTS II, ARS, Continente). Os resultados obtidos podem ser alvo de uma análise comparativa, tendo em conta a distribuição da doença e determinantes na ULS em análise.

No âmbito da projeção de taxas de mortalidade por causas de morte específicas, recomenda-se a utilização de taxas padronizadas para a idade ajustando, assim, simultaneamente, para o efeito da dimensão e da estrutura etária da população.

¹⁵ Na utilização de séries temporais para efetuar projeções e previsões, em geral, quanto maior a série, maior a qualidade da projeção e consequente previsão (22). Contudo, quando temos séries temporais cujos padrões evolutivos mudam rápida e frequentemente, a história mais recente torna-se mais importante do que a mais antiga. A ciência de dados e *machine learning* têm sido usados para determinar qual o melhor tamanho de determinada série temporal (23).



4. PROGNÓSTICO DE SAÚDE: PREVER O FUTURO ■

A qualidade dos dados subjacentes é determinante na qualidade dos resultados obtidos, pelo que projeções que utilizam séries temporais com quebras inexplicadas devem ser interpretadas com cautela.



Lista de Verificação 2

Análise Preditiva

- ✓ **1.** Seleção dos problemas ou necessidades de saúde que vão ser objeto de uma análise preditiva, bem como daqueles que exigem uma análise diferenciada por sexo ou outro determinante essencial.

(verificar se já existem projeções ou análises prévias efetuadas por outras entidades e/ou a outro nível geográfico; avaliar a capacidade técnica local para a realização desta análise e desenvolver trabalho de articulação com o nível regional e/ou cooperação com outra entidade, se necessário)

- ✓ **2.** Escolha do(s) método(s) de previsão a utilizar e respetivo(s) modelo(s) (no caso dos métodos quantitativos).
- ✓ **3.** Validação do(s) modelo(s) utilizado(s) (no caso dos métodos quantitativos).
- ✓ **4.** Aplicação de métodos qualitativos de previsão: convite de peritos, planeamento e organização.
- ✓ **5.** Realização da análise preditiva, com base nos resultados obtidos, com a identificação de cenários possíveis de evolução dos problemas ou necessidades no futuro.





5 OBJETIVOS DE SAÚDE



5. OBJETIVOS DE SAÚDE

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Fixação de objetivos de saúde
- Recomendações para a fixação de objetivos de saúde subnacionais
- Lista de verificação

Enquadramento

Um **objetivo** corresponde ao enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível (5,9).

Um **objetivo operacional** ou meta corresponde ao enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde (*output*) (5,9), sendo medido através de indicadores de atividade (figura 12).

49

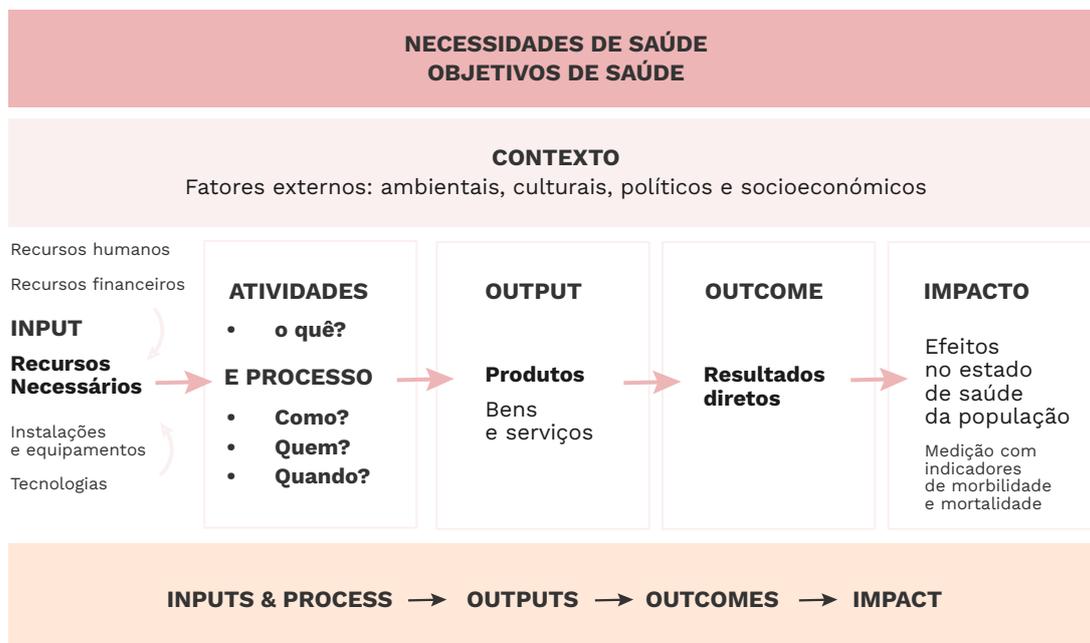


Figura 12 – Necessidades de saúde e objetivos
 Fonte: Teixeira C, 2009 (24)



5. OBJETIVOS DE SAÚDE ■

Um **objetivo de saúde**, por outro lado, corresponde ao enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema ou determinante de saúde (5,9), sendo medido, respetivamente, através de indicadores **de impacto** (*impact*) ou **de resultado** (*outcome*) (figura 12). As dimensões de saúde mais frequentemente utilizadas na fixação de objetivos de saúde incluem:

- **Mortalidade:** medida frequentemente através de número de óbitos, esperança de vida, anos de vida potencial perdidos ou anos de vida saudável perdidos por morte prematura (*AVPP ou YLL - Years of Life Lost*);
- **Morbilidade:** medida frequentemente através da incidência ou prevalência de uma doença ou determinante de saúde, incapacidade associada a uma doença ou fator de risco, anos de vida saudável perdidos por doença ou incapacidade (*YLD - Years Lived with Disability*);
- **Mortalidade e morbilidade:** medidas que combinam ambas as dimensões, como sejam os anos de vida saudável perdidos ajustados pela incapacidade (*DALY - Disability Adjusted Life Years*), que combinam os YLL e os YLD.



Caso Prático 2

Numa unidade de saúde, no âmbito da elaboração do seu Plano de Atividades, pretendeu-se fixar um objetivo, definindo como resultado desejável do mesmo aumentar em x % o número de consultas. E levantou-se a dúvida: este objetivo é operacional ou de saúde?... A mesma dúvida foi colocada quando se pretendeu fixar objetivos relativos ao aumento da cobertura de um programa de rastreio nos utentes da unidade, e da eficiência de um procedimento específico nessa unidade de saúde.

Os Planos de Atividades são produtos do planeamento operacional ou tático-operacional. Os objetivos definidos neste âmbito são, portanto, operacionais, esperando-se que a sua concretização contribua para o alcance de objetivos de saúde, fixados no âmbito do planeamento estratégico em saúde, de base populacional, e seus produtos, como o PNS e os PLS*.

(*)Contudo, não pode ser esquecido que os cuidados de saúde e sistema de saúde são determinantes de saúde e, se no contexto de um Plano de Saúde, forem identificadas necessidades de saúde por estes determinantes devem, se possível, ser fixados objetivos de saúde (e.g. relativos à cobertura da população por médico de família ou ao acesso a cuidados continuados integrados por parte da população idosa).



5. OBJETIVOS DE SAÚDE ■

Fixação de objetivos de saúde

Um objetivo deve ser¹⁶:

- **Específico:** claro e preciso relativamente ao que se pretende alcançar;
- **Mensurável:** formulado de tal forma que seja possível medi-lo, ou seja, para o qual exista um indicador disponível;
- **Alcançável:** exequível à luz das restrições técnicas e estruturais existentes;
- **Realista:** exequível em termos dos recursos disponíveis;
- **Limitado no tempo:** com um horizonte temporal explícito para ser atingido.

Um objetivo deve responder às seguintes questões:

- **O que** vai ser alcançado?
- Com que quantificação? (**Quanto?**)
- **Quem** vai ser atingido ?
- **Onde** vai ser aplicado?
- **Quando** vai ser atingido?

51

Os objetivos de saúde são apresentados, na sua maioria, sob a forma de **objetivos de impacte**, quantificando a redução esperada e admissível do risco de morrer e/ou de adoecer por problema de saúde, resultante da implementação das estratégias de intervenção que forem selecionadas no âmbito do Plano de Saúde.

De acordo com a nova tipologia de problemas de saúde utilizada no âmbito do PNS 2030 e já descrita noutra capítulo deste Guia, podem ser fixados objetivos relativos às necessidades de saúde por **problemas de saúde de elevada magnitude** e por **problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco**.

A quantificação obrigatória dos objetivos de saúde limita a escolha dos problemas e determinantes de saúde em relação aos quais é tecnicamente possível fixar objetivos. Por exemplo, no âmbito do PNS 2030, no que diz respeito aos objetivos de impacte dirigidos a problemas de saúde de elevada magnitude, só foi possível fixar objetivos para os problemas em relação aos quais se encontravam disponíveis **séries temporais de dados de dimensão e qualidade adequadas** à sua projeção. Igualmente, a impossibilidade de calcular projeções para os determinantes de saúde dos problemas de elevada magnitude, devido à inexistência de séries temporais de dados, impossibilitou a fixação de objetivos em relação aos mesmos (8).

¹⁶ O acrónimo utilizado, em inglês, relativo às características de um objetivo, é SMART (*specific, measurable, achievable, realistic, time-bound*).



5. OBJETIVOS DE SAÚDE ■

Assim, no que diz respeito à quantificação dos objetivos de saúde por problemas de elevada magnitude, na fixação dos objetivos de saúde a nível subnacional recomenda-se uma abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa). Recorda-se que a secção “Recomendações para as projeções e previsões subnacionais”, do capítulo “Prognósticos de saúde: prever o futuro” deste guia faz uma abordagem complementar das limitações frequentemente encontradas a nível subnacional.

Contudo, é possível efetuar o seguimento da evolução dos determinantes de saúde e outros problemas através da análise de indicadores de monitorização que passarão a constar do Plano de Monitorização e Avaliação do Plano de Saúde. A utilização destes indicadores de monitorização permite também “povoar” as séries temporais com dados adequados ao cálculo futuro de projeções, que possibilitarão, então, a fixação de objetivos de saúde devidamente quantificados (8).

Relativamente aos **objetivos de saúde relacionados com as necessidades de saúde por problemas de baixa magnitude e elevado potencial de risco**, tal como o efetuado no PNS 2030, recomenda-se a fixação dos respetivos objetivos de saúde tendo por referência o melhor valor observado na região e/ou em Portugal na série temporal disponível, bem como valores de referência internacionais (8).



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, devem ser utilizados como valores de referência internacionais, principalmente, os relativos aos ODS e outros decorrentes dos ODS, designadamente, os relativos a propostas de objetivos específicos de saúde sustentável a longo prazo, calculados com base na média dos países do Mundo com melhor desempenho, de acordo com os sistemas de monitorização dos ODS disponíveis (25).

É importante referir que, no ciclo de planeamento em saúde, as etapas de **fixação de objetivos de saúde e seleção de estratégias de intervenção** se encontram intimamente relacionadas. Assim, pode ser necessário rever os objetivos de saúde que se pretende fixar, tendo em conta o leque de estratégias de intervenção disponíveis para implementação. Igualmente, a monitorização e avaliação (M&A) dos



5. OBJETIVOS DE SAÚDE ■

objetivos de saúde que forem fixados no âmbito de um Plano de Saúde permite efetuar o seguimento e apreciação da implementação das estratégias de intervenção que tiverem sido selecionadas, nomeadamente, no que diz respeito à sua efetividade. Isso é possível a partir da análise da evolução dos determinantes de saúde que forem alvo das intervenções, quer direta (objetivos de resultado), quer indiretamente (objetivos de impacto) (8).

Por último, a título de exemplo, como uma tentativa de ultrapassar algumas das dificuldades do processo de fixação de objetivos de saúde, e numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade do mesmo durante o ciclo de planeamento em saúde, o plano estratégico de saúde norte-americano ([Healthy People 2030](#)) identifica dois tipos de objetivos complementares aos objetivos de saúde fixados, nomeadamente:

- **Objetivos de Desenvolvimento¹⁷:** relativos a problemas ou necessidades de saúde em relação aos quais existem intervenções baseadas na evidência técnico-científica, mas não existem dados fiáveis;
- **Objetivos de Investigação¹⁸:** relativos a problemas ou necessidades de saúde em relação aos quais ainda não existem intervenções baseadas na evidência técnico-científica.

Recomendações para a fixação de objetivos de saúde subnacionais

É frequente observarem-se **oscilações em alguns fenómenos de mortalidade e morbidade ao longo do tempo**, que serão tanto maiores e mais frequentes quanto menor a magnitude e frequência desses fenómenos (e.g. a taxa de mortalidade infantil na ULS X sofrerá, *a priori*, mais oscilações do que o mesmo indicador a nível regional ou nacional).

Este fenómeno por vezes é exacerbado como artefacto da forma através da qual o tempo é tipicamente medido nas séries temporais utilizadas, nomeadamente, o ano civil.

¹⁷ A nível subnacional, sobretudo a nível local e no âmbito da elaboração dos PLS, poderão, por exemplo, ser fixados **objetivos de desenvolvimento** relativos a necessidades de saúde cujos dados existentes a esse nível não tenham qualidade suficiente para poderem ser utilizados.

¹⁸ A nível subnacional, sobretudo a nível local e no âmbito da elaboração dos PLS, poderão, por exemplo, ser fixados **objetivos de investigação** também relativos a necessidades de saúde cujos dados não tenham ainda representatividade a esse nível, os mesmos se encontrem incompletos ou não existam de todo.





Caso Prático 3

Ao efetuar-se o diagnóstico de situação de saúde da população da ULS X, no âmbito da elaboração do seu PLS, e no que diz respeito à análise de doenças respiratórias, foram identificados dois "cenários":

*Cenário 1: pico de mortalidade em **dezembro do ano X** e, no inverno seguinte, pico de mortalidade em **dezembro do ano X + 1***

*Cenário 2: pico de mortalidade em **janeiro do ano X + 1** e, no inverno seguinte, pico de mortalidade em **dezembro do ano X + 1***

Como interpretar cada um destes "cenários"?

Tomando o ano civil como ponto de corte para a série temporal, a interpretação que fazemos de cada cenário é substancialmente diferente. No cenário 2, pode dizer-se que existe um aumento da mortalidade entre o ano X e o ano X + 1, pelo facto de ambos os picos ocorrerem no mesmo ano civil, o que não ocorre no cenário 1.

Assim, quando **é esperada uma grande oscilação no indicador que mede o objetivo**, pode ser utilizada a **técnica de alisamento por média móvel** para a fixação do objetivo de saúde, como por exemplo, fixar um objetivo para o triénio ou quinquénio, em vez de um objetivo anual. Desta forma, o valor medido estará menos sujeito a vieses de interpretação, fruto do acaso.

O período a utilizar na média móvel pode variar de acordo com o indicador em análise. Para indicadores que utilizam a taxa de mortalidade a nível da ULS, com o ano como unidade temporal, o triénio é habitualmente apropriado. Para fenómenos cuja frequência tem vindo a diminuir acentuadamente poderá fazer sentido, a esse nível, utilizar o quinquénio (e.g. taxa de incidência de infeção VIH/SIDA). A utilização de períodos superiores ao quinquénio para alisamento por média móvel é desaconselhada.

Relativamente à desagregação por sexo, é importante compreender, no diagnóstico



5. OBJETIVOS DE SAÚDE ■

de situação, se o problema apresenta uma evolução esperada diferente em cada sexo. Se tal se verificar, devem ser definidos **objetivos diferentes para cada sexo**:

- A título de exemplo, a nível nacional, a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão apresenta tendências diferentes para homens e mulheres, devido ao consumo de tabaco diferencial. Assim, devem ser definidos objetivos de saúde diferenciados por sexo.

O mesmo raciocínio pode ser efetuado para **outras variáveis** com efeito evidente na evolução do indicador (e.g. estatuto socioeconómico):

- Para variáveis além da idade e sexo é habitualmente difícil obter dados populacionais fiáveis com uma desagregação a nível da ULS ou município, pelo que a sua utilização deve ser acompanhada de um comentário com o resultado da avaliação efetuada da qualidade dos dados.

Os **erros mais frequentemente identificados** durante a fixação de objetivos de saúde, relacionam-se com a **falta de especificidade**.



Caso Prático 4

Na ULS X, no âmbito da elaboração do PLS, foram propostos os seguintes objetivos de saúde:

Objetivo 1: Promover comportamentos saudáveis

Objetivo 2: Atingir, na ULS X, uma cobertura vacinal de 90% contra a hepatite B e sarampo

Objetivo 3: Atingir, na ULS X, uma taxa de mortalidade padronizada para a idade de N óbitos por 100 mil habitantes, no triénio y

A equipa de planeamento em saúde da Unidade de Saúde Pública afirma que apenas o objetivo 3 se encontra bem formulado. Porquê?



5. OBJETIVOS DE SAÚDE

Objetivo1: Não devem ser utilizados verbos que podem ter interpretações múltiplas ou dúbias. Verbos como promover, acompanhar, sensibilizar não são claros relativamente ao que se pretende atingir, pelo que não devem ser utilizados. Neste exemplo, são também identificados como problemas a não quantificação do objetivo e o facto de não estar explícito o horizonte temporal a que diz respeito.

Objetivo 2: Não devem ser condensados dois objetivos num só. Portanto, este objetivo deveria ser desdobrado em dois, cada um dirigido à cobertura vacinal de uma doença.

Também não se encontra explícito o horizonte temporal.

Objetivo 3: É o único que se encontra formulado de uma forma SMART.

Por último, sempre que for considerado tecnicamente exequível, pode ser utilizado o **valor zero** para a quantificação de um objetivo: por exemplo, “Manter nulo o número de casos de transmissão autóctone de sarampo na ULS X, no ano Y.”



Lista de Verificação 3

Fixação de objetivos de saúde

- ✓ 1. Seleção dos objetivos a fixar, com base nas características a que deve obedecer a formulação de um objetivo, a partir das necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude e por problemas de baixa magnitude e elevado potencial de risco identificadas na etapa do DSS.
- ✓ 2. Fixação dos objetivos de saúde:
 - Quantificação dos objetivos com base nos resultados da análise preditiva efetuada no contexto do DSS, tomando em consideração os valores fixados no âmbito do PNS 2030 (se necessário, consultar também peritos);
 - Definição do horizonte temporal (médio/longo prazo), de modo a que o mesmo se encontre enquadrado pelo PNS 2030, pelo respetivo PRS (no caso dos PLS) e, na medida do possível, considere os ciclos políticos locais (no caso dos PLS).
- ✓ 3. Revisão dos objetivos de saúde durante a etapa de seleção das estratégias de intervenção, tendo em conta o leque de estratégias disponíveis e passíveis de implementação no horizonte temporal considerado.







SELEÇÃO ■ DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO



6. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO ■

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Seleção de estratégias de intervenção
- Recomendações para a seleção de estratégias de intervenção subnacionais
- Lista de verificação

Enquadramento

Uma **estratégia** corresponde a um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar determinado(s) objetivo(s) reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde (5).

A seleção das estratégias de intervenção pretende, assim, identificar os processos ou técnicas mais adequados à satisfação ou redução das necessidades de saúde da população identificadas no âmbito do DSS (figura 10).

De acordo com o modelo lógico do PNS 2030, as necessidades de saúde geram diferentes necessidades de intervenção, que serão satisfeitas através da implementação de estratégias específicas a operacionalizar pelos diferentes sectores da sociedade e respetivas partes interessadas, aos níveis nacional e subnacional (sobretudo, local), num processo cocriativo e segundo uma abordagem multisectorial e multinível (8).



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, no processo de seleção das estratégias de intervenção, o alinhamento com os ODS exige que, neste processo, ninguém fique para trás, nem seja comprometida a capacidade das gerações futuras alcançarem também “melhor saúde”. Portanto, a seleção das estratégias de intervenção deve tomar em consideração as iniquidades e os grupos da população mais vulneráveis, bem como qual o uso mais eficiente, efetivo e sustentável dos recursos disponíveis, face às necessidades de saúde identificadas e aos objetivos de saúde fixados.



6. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO ■

O processo de seleção das estratégias de intervenção tem, portanto, como ponto de partida as NS e as iniquidades identificadas no DSS. Espera-se que, através da implementação das estratégias de intervenção que forem selecionadas nesta etapa, as necessidades e iniquidades em saúde identificadas sejam reduzidas e, assim, os objetivos de saúde fixados sejam alcançados.

Seleção de estratégias de intervenção

O processo de seleção de estratégias de intervenção inicia-se habitualmente com uma **revisão do “estado da arte”** relativo às **estratégias disponíveis**¹⁹, face às necessidades de saúde identificadas e aos objetivos de saúde fixados.

Graças ao processo participado e cocriativo de elaboração do PNS 2030, foi possível construir uma matriz que procurou integrar todas as estratégias de intervenção dos mais de 20 Programas de Saúde Nacionais (PSN), da responsabilidade da DGS, em implementação ou a serem futuramente implementadas. Propostas por equipas de peritos, estas estratégias foram, assim, consideradas como a **referência nacional para a intervenção em saúde** nas diferentes áreas de problemas e necessidades de saúde. Na referida matriz, estas estratégias encontravam-se organizadas segundo seis grandes áreas de intervenção: a promoção da saúde e os cinco níveis de prevenção (primordial, primária, secundária, terciária e quaternária).

O passo seguinte consiste na **consulta das diferentes partes interessadas** (internas e externas ao sector da saúde) que, desejavelmente, serão as mesmas que já estiveram envolvidas na identificação e priorização das necessidades de saúde, e que continuarão envolvidas no processo de planeamento, fazendo a “ponte” para a intervenção. Posteriormente, já no âmbito do planeamento tático e operacional, serão estes mesmos parceiros que, ao desenvolverem intervenções que implementam as estratégias selecionadas, operarão as mudanças ambicionadas no estado de saúde da(s) população(ões), sobretudo, ao nível local.

No âmbito do PNS 2030, a matriz anteriormente referida constituiu a base a partir da qual foi construído um instrumento de recolha de contributos dos mais de 100 *stakeholders* da sua Comissão de Acompanhamento, para o processo de seleção das estratégias de intervenção (8). O resultado deste processo encontra-se resumido no Quadro 5 (página 63) do **PNS 2030** (4).

¹⁹ A título de exemplo: KU Center for Community Health and Development. The Community Tool Box – **Databases of Best Practices**. University of Kansas.



6. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO



Caso Prático 5

A ULS X abrange, em termos da população que serve, diferentes municípios, um deles, parcialmente (o mesmo município integra duas ULS diferentes). No âmbito da elaboração do respetivo PLS e na etapa de seleção das estratégias de intervenção, como é que a equipa de planeamento em saúde da respetiva Unidade de Saúde Pública pode promover a participação e compromisso das diferentes partes interessadas, nomeadamente, dos municípios?

Em primeiro lugar, importa recordar que a base do modelo de planeamento estratégico em saúde utilizado na elaboração dos PLS é populacional, assentando na identificação das NS da população, incluindo as desigualdades/iniquidades em saúde (e.g. geográficas, de género, por grupos etários e socioeconómicas). Portanto, a primeira questão a colocar é - como é que a equipa de planeamento em saúde da USP promoveu a participação e compromisso das diferentes partes interessadas, nomeadamente, dos municípios, no processo de identificação de necessidades de saúde? -, pois sendo um modelo lógico, do maior ou menor sucesso desta etapa dependerá o maior ou menor sucesso de todas as restantes etapas (incluindo a implementação e a avaliação).

Portanto, apesar da população da ULS X constituir um todo e existirem necessidades de saúde comuns aos diferentes municípios envolvidos, é muito importante, no âmbito do DSS, conseguir identificar conjuntamente quais as diferenças existentes, quer em termos das bolsas de população mais vulneráveis, quer em termos de necessidades de saúde específicas e dos diferentes recursos da comunidade, pois na etapa de seleção das estratégias de intervenção isso irá permitir construir um "fato mais à medida" das necessidades e recursos da população/grupos da população dos municípios, per se e como um todo, aumentando a sua efetividade e eficiência.

A existência de NS comuns a diferentes municípios criará a oportunidade de seleção de estratégias de intervenção também comuns, e estimulará o trabalho em parceria e a eventual partilha de recursos, na sua posterior implementação, numa perspetiva multi e intersectorial. Quanto ao município cuja população se encontra servida por duas ULS diferentes, pelo menos na etapa do DSS seria aconselhável que as respetivas USP se articulassem e trabalhassem em conjunto (trabalho este conjunto, desejavelmente, a prolongar-se pelas etapas seguintes).



6. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO ■

Segundo o PNS 2030, a **inclusão da perspectiva, multissetorial e interinstitucional, das diferentes partes interessadas** foi fundamental, ao acrescentar novas dimensões à intervenção em saúde, através da indução de parcerias em torno de estratégias de intervenção já previstas pelos PSN, ou da proposta de **outras estratégias** e/ou de **novas parcerias**, estimulando a inovação e a cocriação (8).

Desejavelmente, a etapa de seleção de estratégias de intervenção deverá concluir-se com um **compromisso formal final**, que especifica qual o papel de cada parte interessada ou grupo de partes interessadas (no caso de parcerias) na implementação futura das estratégias que foram selecionadas conjuntamente.



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, a existência de parcerias internas, externas, multi e intersectoriais está de acordo com a Agenda 2030, que considera as Parcerias como um dos seus cinco pilares e consagra o ODS 17 (**Parcerias para a Implementação dos Objetivos**) como sendo chave para o alcance dos restantes 16 ODS. Devem, portanto, ser privilegiadas estratégias de intervenção multidimensionais e multissetoriais, desejavelmente com impacte em mais do que uma necessidade ou problema de saúde, e que estimulem a criação de parcerias para a sua implementação.

Por último, importa referir que existem **mecanismos de suporte** considerados essenciais para a implementação das estratégias de intervenção selecionadas, e que são geradores de necessidades de investimento específicas, que devem ser já identificadas nesta fase. Estes mecanismos são multifatoriais e incluem não só os recursos humanos e financeiros, como também os relativos ao sistema de informação, à formação, investigação e qualidade do processo de planeamento e seus produtos, entre outros. Alguns desses mecanismos de suporte são identificados no Quadro 4 (página 58) do **PNS 2030** (4).



6. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO ■

Recomendações para a seleção de estratégias de intervenção subnacionais

Importa sublinhar que no **nível subnacional** são particularmente importantes as **Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional** e os **Municípios**, devido ao seu papel na governação, integrador e mobilizador da sociedade organizada e não organizada, e das pessoas em geral, respetivamente nos níveis regional e local (com especial relevo para o nível local).

Na seleção das estratégias de intervenção para a saúde sustentável ao nível local, é particularmente importante que os serviços de saúde (dos sectores público, privado e social) e as entidades responsáveis pela sua governação deem o exemplo, e se comprometam com **estratégias que promovam um sistema de saúde e cuidados sustentáveis**, conforme o já referido no capítulo 2 deste guia (envolve "ecologizar" o sector, com especial atenção à energia, viagens, resíduos, aprovisionamento, água, adaptação de infraestruturas e edifícios, criação/gestão de espaços verdes, entre outros) (26).

Nesta etapa, sobretudo a nível local, é igualmente importante considerar a necessidade de selecionar **estratégias de intervenção diferenciadas** para populações ou grupos da população mais vulneráveis²⁰ e/ou **prever um maior investimento na sua implementação** nos territórios mais desfavorecidos²¹. Recorde-se que será nessas populações e territórios que, mediante a implementação de intervenções efetivas, serão obtidos maiores ganhos em saúde e reduzidas as iniquidades.

De acordo com a **experiência dos PLS que têm sido elaborados**, o envolvimento dos parceiros na identificação das NS e na seleção das estratégias de intervenção pode ser efetuado num mesmo momento, embora sequencialmente, ou em momentos distintos. Neste processo, a utilização de um instrumento de recolha de contributos tem-se revelado útil. Em regra, os parceiros têm sido divididos em sub-grupos sectoriais, homogéneos. No âmbito do planeamento em saúde sustentável, sem prejuízo do trabalho a ser desenvolvido internamente por cada sector, recomenda-se a divisão dos parceiros em **sub-grupos multisectoriais** promovendo, assim, a criação de sinergias e parcerias inter e multisectoriais para a intervenção.

²⁰ Previamente identificados na etapa do DSS.

²¹ Idem.



6. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO ■



Lista de Verificação 4

Seleção das estratégias de intervenção

- ✓ 1. Revisão do estado da arte e/ou consulta de peritos relativamente à seleção das melhores estratégias de saúde, face às NS identificadas e aos objetivos fixados.

(Este passo poderá ser facilitado pela consulta da matriz de estratégias de intervenção dos PSN elaborada no âmbito do PNS 2030, bem como do quadro 5 do PNS 2030 (6))

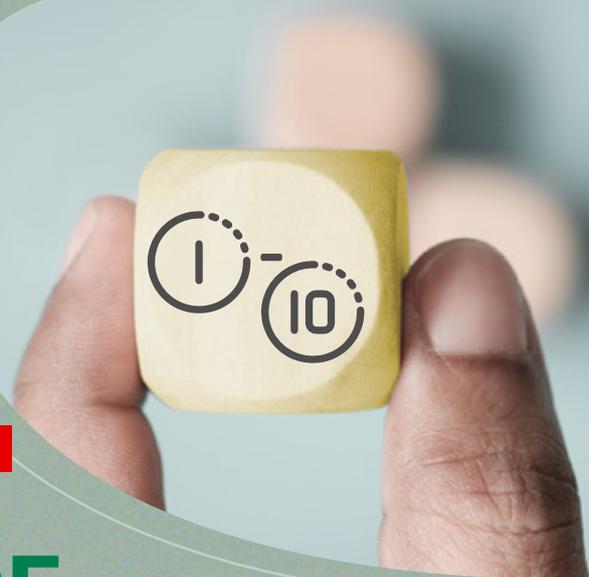
- ✓ 2. Planeamento e organização da participação das diferentes partes interessadas no processo de seleção das estratégias de intervenção (*).
- ✓ 3. Recolha e análise dos contributos das diferentes partes interessadas.
- ✓ 4. Seleção final das estratégias de intervenção (inclui os respetivos mecanismos de suporte).
- ✓ 5. Estabelecimento de um compromisso formal final, que especifica qual o papel de cada parte interessada ou grupo de partes interessadas (no caso de parcerias) na implementação das estratégias que foram selecionadas conjuntamente - **carta (de compromisso local) para a saúde sustentável (**)**.

(*). Desejavelmente, a seleção das estratégias de intervenção será efetuada com as partes interessadas que já participaram no processo de identificação das NS, no âmbito do DSS, sem prejuízo de outras se poderem juntar.

(**) Esta enquadra-se na dimensão subnacional do Pacto Saúde Sustentável 2030 do PNS 2030.







RECOMENDAÇÕES: DO PLANO DE SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO



7. RECOMENDAÇÕES: DO PLANO DE SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO ■

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Processo de formulação de recomendações
- Aspectos particulares da formulação de recomendações a nível subnacional
- Lista de verificação

Enquadramento

Um Plano de Saúde (nacional ou subnacional) estratégico, de base populacional, não contém o modo como decorrerá a sua implementação ou operacionalização, nem os respetivos objetivos operacionais e atividades. Esse será o objeto do Plano de Implementação²², a ser elaborado, num ambiente de colaboração e cocriação, em articulação com as mesmas partes interessadas que estiveram envolvidas na elaboração do Plano de Saúde, às quais outras se poderão, sempre, associar.

O processo de elaboração de **recomendações técnicas** constitui um passo essencial para a implementação do Plano de Saúde. As recomendações fazem, sobretudo, a “ponte” entre as estratégias de intervenção que tiverem sido selecionadas no Plano e a sua posterior implementação por parte dos diferentes *stakeholders* (8).

De acordo com o PNS 2030, as estratégias de intervenção e as recomendações técnicas para a sua implementação constituem o ponto de partida para a **construção de uma base de participação e corresponsabilização social, multisectorial e multinível**, desejavelmente para além dos diferentes ciclos políticos, para a construção de um **pacto social para a saúde sustentável** com as partes interessadas que a ele desejem aderir. Este é considerado como o principal instrumento para a implementação do PNS 2030 (8).

²² O **Plano de Implementação** é um plano de natureza operativa, que define os objetivos operacionais e atividades principais do processo de implementação do plano de saúde, bem como os respetivos indicadores de monitorização e avaliação.



7. RECOMENDAÇÕES: DO PLANO DE SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO

Processo de elaboração de recomendações

Em primeiro lugar, o processo de elaboração de recomendações deve ser coerente com a evidência científica, bem como com as orientações técnico-normativas, estratégias e recomendações internacionais, nacionais ou regionais. Em Portugal e pelo menos no horizonte temporal até 2030, as recomendações dos Planos de Saúde de nível subnacional devem encontrar-se alinhadas com as “Dez recomendações (gerais) para a Década” do PNS 2030, que por sua vez se encontram alinhadas com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (figura 13).



Figura 13 – Dez recomendações para a Década
Fonte: Plano Nacional de Saúde 2030 (4)

No processo de elaboração das recomendações do Plano de Saúde poderão, ainda, ser tomados em consideração os seguintes aspetos:

- As recomendações devem ser **formuladas de um modo claro e preciso**, para que possam ser facilmente entendidas e utilizadas/aplicadas pelos seus destinatários; portanto, as recomendações, para além do seu **valor técnico, têm um valor instrumental**;
- As recomendações devem ser **realistas e coerentes**, não perdendo de vista as estratégias definidas no Plano de Saúde, bem como os respetivos mecanismos de suporte e os recursos existentes;



7. RECOMENDAÇÕES: DO PLANO DE SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO ■

- A formulação das recomendações deve ser parcimoniosa, no sentido em que, de todas as recomendações possíveis, devem ser escolhidas **as melhores recomendações**, ou seja:
 - as que têm o melhor **suporte técnico e científico**;
 - as que são **úteis** para a operacionalização ou implementação do Plano (a formulação de recomendações inúteis ou vãs retira credibilidade a quem as formula);
 - as mais **adequadas** ao(s) contexto(s) particular(es) da ULS e respetiva população (as recomendações que são formuladas sem ter em conta o contexto de quem potencialmente as irá utilizar/aplicar, não são levadas a sério).

As recomendações de um Plano de Saúde para a saúde sustentável têm como **destinatários** últimos todas as pessoas presentes na respetiva área geográfica de abrangência. Assim, por exemplo, a quem se dirigem as recomendações de um PLS?

- À comunidade em geral (organizada e não organizada) e a todas as pessoas presentes no respetivo território, bem como aos seus representantes e diferentes sectores, com especial relevo para os **municípios**;
- Aos decisores, gestores e profissionais de saúde do sector público local da saúde;
- Aos decisores, gestores e profissionais de saúde dos sectores privado e social local da saúde.

Que **tipos de recomendações** poderão ser formuladas?

- Recomendações de natureza metodológica, tendo em vista a melhoria do processo de planeamento;
- Recomendações que visam colmatar ou reduzir lacunas existentes de dados e informação considerados essenciais ou relevantes sobre NS (sobretudo, por determinantes de problemas de saúde) e desigualdades em saúde, particularmente, ao nível local;
- Recomendações para a intervenção a ser planeada e desenvolvida pelos serviços de saúde (Planos de Atividades ou de Ação/Desempenho);
- Recomendações para o processo de contratualização a nível das ULS;



7. RECOMENDAÇÕES: DO PLANO DE SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO

- Recomendações para a intervenção a ser planeada e desenvolvida pelos restantes sectores da comunidade (incluindo o sector privado e social local da saúde), com especial relevância para o(s) município(s), rumo à ação intersectorial para a saúde sustentável, consubstanciada na Carta (de Compromisso Social) para a Saúde Sustentável.



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, na etapa de formulação de recomendações para a implementação do Plano de Saúde, procurando o equilíbrio entre “abrangência” e “especificidade”, constituem desafios importantes, entre outros: incluir os grupos da população minoritários e/ou socialmente marginalizados (“não deixar ninguém para trás”); considerar todos os sectores das áreas social, económica e ambiental.

Aspetos particulares da formulação de recomendações a nível subnacional

No caso específico dos PLS, a formulação de recomendações para a implementação terá que tomar em consideração vários aspetos específicos, como sejam:

- As realidades distintas (em termos de NS e recursos da comunidade), mas também as semelhanças e potenciais sinergias das populações de diferentes municípios, quando estas são abrangidas por um mesmo PLS; o trabalho de colaboração entre os diferentes municípios, nomeadamente, no âmbito da carta (de compromisso local) para a saúde sustentável, poderá ter o eventual apoio das comunidades intermunicipais, não esquecendo nunca que os fenómenos de saúde e de doença não respeitam barreiras geográficas ou administrativas;
- A necessidade de integração de realidades distintas intramunicipais, quando um mesmo município, devido à sua dimensão demográfica, se encontra abrangido por mais do que um PLS; aqui, o desafio de integração e articulação é, sobretudo, da parte das ULS envolvidas e respetivos serviços de saúde pública;
- A necessidade de envolvimento dos grupos minoritários e/ou socialmente marginalizados da(s) população(ões) abrangida(s) pelo PLS, no sentido de “não deixar ninguém para trás”.



7. RECOMENDAÇÕES: DO PLANO DE SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO



Caso Prático 6

Na ULS X, no âmbito da elaboração do PLS e na etapa de formulação das recomendações técnicas por parte do serviço de saúde pública, foram considerados como obstáculos potenciais à implementação as estratégias municipais de saúde, que muitas vezes pareciam querer "competir" ou substituir-se ao próprio PLS.

Neste contexto, foi colocada a seguinte questão, à consideração de todos: como formular uma recomendação específica para os municípios envolvidos, que permita minimizar ou ultrapassar este obstáculo?

De acordo com a versão mais atualizada do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de Janeiro, designadamente, no n.º 3 do seu artigo 7.º, é referido que a Estratégia Municipal de Saúde (EMS) se deve encontrar "(...) devidamente enquadrada e alinhada com o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais e Locais de Saúde (...)." Por outro lado, o n.º 1 do mesmo artigo deixa claro que o foco da EMS é de natureza operativa, uma vez que "(...) contempla, a nível municipal, **as linhas gerais de ação e as respetivas metas**, indicadores, **atividades**, recursos e calendário (...). Portanto, neste contexto, a EMS deve ser considerada como um aspeto favorecedor importante da implementação do PLS e não como um obstáculo. A EMS não só define quais são as ações com que o município se compromete para o alcance de mais saúde e bem-estar sustentáveis por parte da sua população [a integrem, muitas delas, a carta (de compromisso local) para a saúde sustentável], como também poderá prever mecanismos de coordenação e articulação dos sectores fora do sector da saúde, na intervenção local para a saúde sustentável. Assim, a recomendação que for formulada deverá não só incentivar este papel positivo e essencial das EMS, como também recordar o seu atual enquadramento legal.

Em suma, a etapa de formulação de recomendações técnicas para a implementação do Plano de Saúde pretende dar resposta à seguinte questão:

- Considerando as principais NS da população e as estratégias de saúde selecionadas por todos/as no âmbito da elaboração do Plano de Saúde, de que modo as mesmas podem ser operacionalizadas por cada uma das partes interessadas, dentro e fora da saúde, através das respetivas atividades, Planos de Atividades ou Planos de Ação, rumo à Carta (de compromisso local) para a Saúde Sustentável?





Lista de Verificação 5

Formulação de recomendações

- ✓ 1. Fundamentação do processo de formulação de recomendações técnicas para a operacionalização do Plano de Saúde nas NS identificadas e priorizadas, e nas estratégias de intervenção selecionadas por todos/as.
- ✓ 2. Formulação das recomendações técnicas para a operacionalização do Plano de Saúde, da responsabilidade do serviço de saúde pública (local ou regional).
- ✓ 3. Consideração, na formulação das recomendações técnicas, dos diferentes contextos das entidades mais diretamente responsáveis pela sua implementação.
- ✓ 4. Formulação das recomendações técnicas de um modo claro e preciso, e adequado as especificidades de cada um/a dos/as seus/suas destinatários/as.
- ✓ 5. Abordagem, nas recomendações técnicas, de questões metodológicas do processo de construção e implementação dos Planos de Saúde, de questões relativas à intervenção a ser desenvolvida pelas diferentes partes interessadas, rumo à Carta para a Saúde Sustentável, dentro e fora do setor da saúde, e à contratualização dos serviços de saúde.
- ✓ 6. Previsão da discussão posterior das recomendações técnicas do Plano de Saúde e sua implementação com os destinatários-chave das mesmas, no âmbito do processo de construção da Carta (de compromisso local) para a Saúde Sustentável.







PLANO ■
**DE MONITORIZAÇÃO
E AVALIAÇÃO:
APRENDER PARA
MELHORAR**



8. PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO: APRENDER PARA MELHORAR ■

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Elaboração do plano de Monitorização e Avaliação (M&A)
- Recomendações para a elaboração do plano de M&A a nível subnacional
- Lista de verificação

Enquadramento

O **plano de M&A** de um Plano de Saúde (nacional ou subnacional) tem por finalidade disponibilizar informação que fundamente, de forma quantificada, a tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das estratégias de intervenção selecionadas, de acordo com os desvios encontrados relativamente aos objetivos de saúde fixados, ou a outras medidas estimadas (8).

75

A **monitorização** consiste na conceção, realização, análise e interpretação regulares, repetitivas e intermitentes de medidas que visam detetar alterações no estado de saúde das populações ou no ambiente físico ou social (27).

No caso de um Plano de Saúde, os indicadores de monitorização utilizados são, sobretudo, de *outcomes*²³, mas também poderão ser de *impacte*²⁴ (Figura 12), conforme se verá mais à frente. Portanto, trata-se de um processo interno contínuo, que implica a colheita regular de informação, de acordo com os indicadores selecionados. Permite, sobretudo, efetuar o seguimento da evolução dos determinantes de saúde e, assim, identificar e resolver potenciais problemas que, por exemplo, levem a uma melhor adequação das estratégias de intervenção selecionadas (28).

A **avaliação** é um processo que procura determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e *impacte* de atividades, projetos,

²³ Os *outcomes* são, em geral, resultados diretos, medidos, por exemplo, através de indicadores relacionados com os determinantes de saúde.

²⁴ O “*impacte*” é um resultado indireto de saúde, medido através de indicadores de morbimortalidade.



8. PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO: APRENDER PARA MELHORAR ■

programas ou planos, à luz dos seus objetivos. Existem diferentes tipos de avaliação (e.g. avaliação de estrutura, de processo, de resultado – *outcomes* ou impacto) [adaptado de (27)]. No caso do plano de M&A de um Plano de Saúde teremos, sobretudo, uma avaliação de resultado. Os indicadores utilizados medem os objetivos de saúde que tiverem sido fixados no âmbito desse plano. Avaliar implica sempre **comparar** algo com um padrão ou modelo (neste caso, os objetivos de saúde) e implica uma finalidade operativa, que é corrigir ou melhorar.



Caso Prático 7

A equipa de planeamento em saúde da USP da ULS X, no âmbito do plano de M&A do PLS, encontra-se a seleccionar e definir os respetivos indicadores. Um dos elementos desta equipa propôs que, para além dos indicadores de monitorização seleccionados, os indicadores de avaliação fossem simultaneamente considerados indicadores de monitorização. Esta proposta gerou imediata discussão no seio da equipa, tendo surgido a seguinte dúvida:

Sendo a monitorização e a avaliação atividades distintas, também com objetivos e finalidades distintos, pode um indicador de avaliação ser simultaneamente um indicador de monitorização?

É verdade que a monitorização e a avaliação são distintas. Contudo, um indicador de avaliação pode ser utilizado simultaneamente para as atividades de monitorização, embora com propósitos diferentes, nomeadamente: no caso da avaliação, no(s) momento(s) de avaliação definido(s) os dados do indicador permitirão, por comparação com o valor do respetivo objetivo, verificar se este foi atingido ou superado, ou, pelo contrário, não foi alcançado; no caso da monitorização, ao longo do tempo de vigência do Plano, os dados desse mesmo indicador permitirão observar a sua evolução e, por comparação com os dados de monitorização de momentos anteriores, se este está a ter ou não uma evolução favorável. Considerar os indicadores de avaliação simultaneamente indicadores de monitorização será particularmente útil nos casos em que, por exemplo, o horizonte do Plano é mais amplo.



8. PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO: APRENDER PARA MELHORAR ■

Elaboração do plano de M&A

O **plano de M&A** integra, portanto, indicadores de monitorização e de avaliação. Integra, também, informação acerca de cada um desses indicadores, nomeadamente: fonte(s) dos dados, fórmula de cálculo, unidade de medida e os respetivos dados ou informação relativos à monitorização ou ao momento de avaliação. No caso dos indicadores de avaliação, o plano de M&A identifica também a periodicidade de cada momento de avaliação. Estes últimos dependerão do horizonte temporal do Plano de Saúde: se este for curto, bastará que exista um momento de avaliação final; se este for mais longo (superior a três anos), então justificar-se-á a existência de um ou dois momentos de avaliação intercalar. Os indicadores de avaliação medem os objetivos de saúde que foram definidos no Plano de Saúde. A monitorização é efetuada ao longo de todo o período de implementação do Plano de Saúde.

O plano de M&A inclui, assim, três componentes principais, dirigidas respetivamente à:

- Obtenção de dados e informação;
- Análise de dados;
- Comunicação e utilização dos resultados.

No caso do PNS 2030 e a título de exemplo, no que diz respeito à **obtenção de dados e informação** salienta-se que, sempre que adequado, os indicadores de avaliação dos objetivos de saúde são, igualmente, utilizados na monitorização durante o período de implementação do Plano. Foram, contudo, selecionados outros indicadores de monitorização, designadamente de seguimento da evolução dos determinantes de saúde. Na monitorização da implementação do PNS serão, ainda, usados outros indicadores, adequados ao seguimento das ações que os *stakeholders* internos e externos se comprometerem a desenvolver durante o horizonte temporal do Plano.

Como **fontes de dados**, destacamos os sistemas de informação em saúde (incluindo os de vigilância epidemiológica) e respetivos dados e indicadores disponíveis, bem como resultados de estudos de âmbito nacional e base populacional (e.g. Inquérito Nacional de Saúde, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física). Poderão também ter que ser efetuados estudos avaliativos específicos nas situações em que não estejam disponíveis os dados necessários para a avaliação, com componentes quantitativas e qualitativas.



8. PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO: APRENDER PARA MELHORAR ■

Encontrando-se as diferentes partes interessadas (ou *stakeholders*) de um Plano de Saúde envolvidas e comprometidas com o seu processo de elaboração e implementação, estas devem participar também nas atividades de M&A, incluindo no acompanhamento e discussão dos respetivos resultados. Daí que atividades de **comunicação** específicas deverão acompanhar o processo de M&A do Plano de Saúde, tendo como principais destinatários todos os intervenientes na implementação do mesmo, dentro e fora do sector da saúde.

No Quadro 6 (p. 84) do [PNS 2030](#) poderá ser encontrado o exemplo de uma matriz de um plano de M&A e os seus diferentes componentes.

Recomendações para a elaboração do plano de M&A a nível subnacional

No processo de elaboração do plano de M&A a nível subnacional é muitas vezes difícil o acesso a dados, dados completos ou de qualidade que permitam “povoar” os respetivos indicadores. Portanto, a este nível, o processo de seleção dos indicadores de M&A do Plano de Saúde é sempre um processo de procura de equilíbrio entre o desejável e o possível. Neste processo e no caso específico dos indicadores de monitorização, importa também, entre todos os indicadores possíveis, escolher apenas os indicadores-chave, pois a atividade de monitorização consome recursos (incluindo tempo). Ainda neste processo, é importante selecionar indicadores cujos dados podemos garantir, à partida, que vão estar disponíveis durante o período a que o plano de M&A se reporta, sob pena do mesmo ficar inviabilizado²⁵.

²⁵ Esta situação ocorre particularmente quando os dados do indicador selecionado têm como fonte um estudo “avulso” ou um inquérito nacional ou regional, de base populacional, cuja periodicidade não é previsível (porque não se encontra definida ou porque a mesma não é cumprida).



8. PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO: APRENDER PARA MELHORAR



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável torna-se particularmente importante assegurar a monitorização de todos os grupos de determinantes de saúde, abrangendo todas as dimensões do desenvolvimento sustentável (social, económica e ambiental). A nível subnacional (sobretudo, a nível local) o acesso a este tipo de dados, de qualidade, é particularmente exíguo, limitando gravemente o processo de M&A e, como tal, o processo de adequação contínua da intervenção, no sentido da melhoria da sua efetividade. Fica, assim, também limitada a capacidade de identificação de iniquidades em saúde e de intervenção sobre as mesmas, tendo em vista a sua redução e o alcance de mais saúde sustentável. Daí a necessidade de reforço e garantia da continuidade do investimento nos sistemas de informação e sua interoperabilidade e integração, bem como nos inquéritos de saúde ou outros estudos de base populacional e na inovação, recorrendo, por exemplo, à inteligência artificial (28, 29, 30).



Lista de Verificação 6

Elaboração do plano de M&A

- ✓ 1. Seleção dos indicadores de avaliação, que medem os objetivos de saúde fixados no plano de saúde.
- ✓ 2. Seleção dos indicadores de monitorização, de acordo com alguns critérios pré-estabelecidos.

(e.g. dados de qualidade disponíveis para "povoar" cada um dos indicadores durante todo o período de monitorização; abrangerem todos os tipos de determinantes de saúde; incluírem os indicadores de avaliação, sempre que adequado; selecionar um número limitado de indicador(es)-chave, entre os indicadores possíveis)

- ✓ 3. Preenchimento da matriz do plano de M&A, com as suas diferentes componentes.

(e.g. designação do indicador; unidade de medida; fórmula de cálculo; fonte(s) dos dados; periodicidade da recolha e análise dos dados, no caso dos indicadores de monitorização)

- ✓ 4. Envolvimento das diferentes partes interessadas em todo o processo, através de atividades de comunicação







PLANO DE COMUNICAÇÃO



9. PLANO DE COMUNICAÇÃO

Em relação ao planeamento das estratégias e atividades de comunicação do Plano de Saúde e aspetos conexos, recomenda-se a consulta dos **“[Guias de comunicação em Saúde: Boas práticas e Áreas Especializadas](#)”**







10

**PREPARAR
O CAMINHO
DA IMPLEMENTAÇÃO**



10. PREPARAR O CAMINHO DA IMPLEMENTAÇÃO ■

PRINCIPAIS TÓPICOS:

- Enquadramento
- Da participação ao compromisso e ação intersectorial para a saúde sustentável
- A Carta (de compromisso local) para a Saúde Sustentável
- Lista de verificação

Enquadramento

Implementar significa “colocar em execução ou em prática”. **Implementar, no contexto do planeamento estratégico em saúde sustentável**, significa colocar no centro das agendas e planos de ação dos diversos sectores e instituições da sociedade (organizada e não organizada, do sector da saúde e dos sectores externos à saúde), do governo e do poder local, a criação das condições para que todos/as, individual e coletivamente, possam alcançar o seu potencial máximo de saúde e bem-estar, sem deixar ninguém para trás e sem comprometer a capacidade das gerações futuras perpetuarem essa aspiração (4).

Se é certo que o processo de implementação (de natureza operativa e de base institucional)²⁶ é posterior e distinto do processo de elaboração do Plano de Saúde (de natureza estratégica e de base populacional), existem aspetos fundamentais para o seu sucesso (31), que têm que ser trabalhados precocemente, em conjunto com as diferentes partes interessadas, nomeadamente:

- **A participação precoce** das partes interessadas, internas e externas ao sector da saúde: por exemplo, na identificação e hierarquização das necessidades e expectativas de saúde da população, no âmbito do DSS – primeira etapa do processo de elaboração do Plano de Saúde;

²⁶ Conforme já referido anteriormente, o plano de implementação é um plano de natureza operativa, que define os objetivos operacionais e atividades principais do processo de implementação do plano de saúde, bem como os respetivos indicadores de monitorização e avaliação.



10. PREPARAR O CAMINHO DA IMPLEMENTAÇÃO ■

- O **grau de compromisso e apoio** de cada uma das partes interessadas: nomeadamente, assunção de um compromisso social, pela disponibilização dos recursos necessários ao desenvolvimento e operacionalização das estratégias de intervenção (seleccionadas no Plano de Saúde), através de ações ou atividades concretas – materializado na **carta (de compromisso) para a saúde sustentável**.²⁷



Desafio saúde sustentável:

no contexto do planeamento em saúde sustentável, acresce à participação e ao compromisso social a **ação intersectorial e multisectorial**, considerada essencial **para o alcance de saúde sustentável**.

Da participação ao compromisso e ação intersectorial para a saúde sustentável

A **participação social** diz respeito à participação da sociedade civil, organizada e não organizada, incluindo o empoderamento de mulheres e homens pertencentes a grupos ou comunidades mais vulneráveis. Ela potencia o desempenho, por parte destes “atores sociais”(*), de um papel mais relevante na definição de políticas que contribuam para a melhoria da sua saúde e bem-estar, bem como da comunidade (32). Devido à sua **íntima relação com a ação intersectorial**, a participação social tem sido cada vez mais considerada como um **instrumento importante de desenvolvimento sustentável**.

(*) Comunidade – exemplos de atores sociais:

- Serviços de saúde do sector público
- Serviços de saúde dos sectores privado e social
- Governo/ poder local
- Negócios, serviços e indústria
- Escolas
- Comunicação social
- Universidades, institutos locais de educação e ciência
- Organizações Não-Governamentais para o Desenvolvimento (ONGD)
- Associações de doentes
- Associações de utentes dos serviços de saúde
- Outras organizações de voluntariado
- Grupos minoritários e/ou socialmente marginalizados
- Organizações da juventude
- Associações de idosos
- Organizações recreativas e culturais
- Associações de moradores
- Rede de transportes
- Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)
- Igrejas
- Forças de segurança
- Serviços sociais
- Albergues
- Proteção civil
- Outros

²⁷ Conforme já referido anteriormente, as “cartas (de compromisso local) para a saúde sustentável” concorrem para o “Pacto Saúde Sustentável 2030”, de âmbito nacional, considerado como o principal instrumento de implementação do PNS 2030 (4).



10. PREPARAR O CAMINHO DA IMPLEMENTAÇÃO ■

O processo de elaboração e implementação do Plano de Saúde é, portanto, uma **cocriação**, que envolve em todas as suas etapas, através de **metodologias adequadas de participação**, as diferentes partes interessadas (*stakeholders*).

Neste processo de participação social, sobretudo no contexto do planeamento em saúde sustentável, é muito importante envolver:

- As pessoas/entidades que tenham maior influência nas decisões que afetam as diversas áreas da vida da população da ULS (por exemplo, o poder local);
- As pessoas (ou as entidades/organizações que as representem) que poderão ser mais afetadas pelos problemas de saúde (por exemplo, os residentes de bairros com baixo rendimento familiar per capita e outras populações vulneráveis), sem deixar ninguém para trás.

Exemplos de **técnicas e métodos de participação** (31):

- Técnicas de consenso (e.g. painel Delphi e técnica de Grupo Nominal);
- **Comunicação Participativa** (*participatory communication for social change and development*);
- Técnicas de Negociação;
- Grupos Focais (*Focal Groups*).

Neste processo de fomento da participação social no âmbito da elaboração e implementação do Plano de Saúde importa, portanto, reter que **não existe uma metodologia** única aplicável a todas as ULS e Regiões do País, mas sim um conjunto de métodos e técnicas que serão aplicados de acordo com os contextos específicos dos mesmos.

A **participação** prepara o “caminho” que conduzirá, desejavelmente, ao **compromisso ou contrato social**. Este será materializado através da implementação das **ações inter e multisectoriais** nele colocadas e acordadas pelas diferentes partes interessadas, para a obtenção de mais e melhor saúde e bem-estar, face às necessidades identificadas e objetivos de saúde fixados no Plano de Saúde.

Um dos instrumentos de mudança e fatores facilitadores oferecidos pela Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável são as **ações intersectoriais por múltiplos parceiros**, potenciando as forças destes e colocando a saúde em todos os setores políticos (2).



10. PREPARAR O CAMINHO DA IMPLEMENTAÇÃO

A **ação intersectorial na saúde** (32) (quadros 1 e 2):

- Refere-se a ações desenvolvidas por sectores diferentes do sector da saúde, e que influenciam os resultados em saúde;
- É desenvolvida em articulação ou colaboração com o sector da saúde;
- Pressupõe o desenvolvimento prévio de trabalho conjunto que potencie a definição e implementação de políticas públicas para melhorar a saúde e o bem-estar ou, no mínimo, para não os afetar negativamente;
- Potencia o conhecimento e a consciencialização intersectorial sobre a forma como as decisões políticas e operacionais dos diferentes sectores têm repercussões na saúde e na reprodução de desigualdades sociais na saúde.

QUADRO 1 - INTERAÇÃO INTERSECTORIAL COM A SAÚDE

SETOR	INTERAÇÃO INTERSECTORIAL COM A SAÚDE
Economia e Emprego	Oportunidades justas de emprego melhoram a saúde da população em diferentes grupos sociais...
Segurança e Justiça	Intervenção na doença mental (particularmente em utilizadores de drogas e álcool) diminui a violência e criminalidade...
Educação	Habilitações académicas elevadas estão associadas a melhores indicadores de saúde e participação social...
Agricultura e alimentação	Alimentação saudável é um elemento essencial para a saúde da
transporte e Infraestruturass	Melhores oportunidades de acesso e transporte melhoram a comunidade, o ambiente e a saúde...
Ambiente	Globalmente, um quarto das doenças evitáveis são resultado das condições ambientais...
Habitação	Habitação adequada é um determinante fundamental para a saúde das comunidades...

Fonte: Gonzaga M, 2017 (33)



10. PREPARAR O CAMINHO DA IMPLEMENTAÇÃO

QUADRO 2 - NÍVEIS DE RELAÇÃO INTERSECTORIAL

NÍVEIS DE RELAÇÃO INTERSECTORIAL	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Baseada na informação	<ul style="list-style-type: none"> - Foco na troca de informação entre sectores, partilha de resultados, estudos ou análises. - Pode ser considerado o primeiro passo do processo de ação intersectorial e a partilha de informação e o modelo de comunicação adotados permitirão a construção de uma linguagem comum, promovendo a partilha, o diálogo e uma melhor articulação / compreensão interinstitucional.
Baseada na cooperação	<ul style="list-style-type: none"> - Interação entre os sectores para alcançar a eficiência e a efetividade nas ações tomadas por cada um dos sectores. - Permite transformar cooperações acidentais, casuais ou reativas em ações estrategicamente orientadas para os problemas (de saúde) nos quais as atividades do sector poderão ser decisivas. - A liderança é habitualmente tomada pelo sector da saúde, e utilizada no processo de implementação do plano, e não na sua elaboração.
Baseada na coordenação	<ul style="list-style-type: none"> - Implica esforços conjuntos para o ajustamento de políticas e planos de cada um dos sectores, de modo a aumentar a eficiência e a efetividade de todos. - Prevê uma rede de trabalho horizontal e frequentemente uma fonte de financiamento comum, promovendo sinergias. - A coordenação aumenta a interdependência entre sectores e diminui a autonomia de cada sector.
Baseada na integração	<ul style="list-style-type: none"> - O trabalho integrado envolve a definição de uma nova política ou plano conjuntamente com os outros sectores envolvidos, com partilha efetiva de trabalho e de responsabilidade. - Preve a partilha de recursos, responsabilidades e ações, o que implica, inevitavelmente, solidariedade e partilha de poder. - Nesta relação, as políticas podem ser formuladas, desenhadas e financiadas por cada um dos sectores, mas numa base social comum e não por demanda sectorial.

A Carta (de compromisso local) para a Saúde Sustentável

O “contrato social” é um termo que foi utilizado pela primeira vez pelo filósofo inglês Thomas Hobbes (1588-1679) e explicitado posteriormente por Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), que descreve as formas de interação desejáveis e geralmente mutuamente aceites entre indivíduos e grupos no seu ambiente social. Segundo Rousseau (34), o contrato social era um acordo entre indivíduos para criar a sociedade e, depois, o Estado. Portanto, o **contrato social** era considerado um **pacto de associação**.





Caso Prático 8

A equipa de planeamento em saúde da USP da ULS X, no âmbito do processo de elaboração e implementação do PLS, identificou as diferentes partes interessadas e, no final da elaboração do PLS, efetuou uma extensa campanha de informação e comunicação dirigida às mesmas. No final desta campanha, foi dirigido um convite a essas entidades (dentro e fora do sector da saúde), para participarem e integrarem a Carta (de compromisso local) para a Saúde Sustentável com ações concretas a serem implementadas durante o horizonte temporal do Plano. A resposta a este convite não teve a adesão esperada, pelo que a equipa começou a questionar a efetividade da estratégia de comunicação utilizada. Deveria ter sido seguida uma outra estratégia?

O processo de elaboração e implementação de um PLS, nas suas diferentes etapas, deve ser acompanhado de uma estratégia de comunicação adequada. Contudo e sem prejuízo do papel fundamental da comunicação neste processo, não é este o principal fator determinante da adesão das diferentes partes interessadas ao estabelecimento de um compromisso ou contrato social.

No caso relatado, apesar de todas as partes interessadas terem sido identificadas, só foi solicitada a sua participação no final da elaboração do PLS e para se comprometerem com um processo que, apesar de nobre e bem intencionado, não sentiam como sendo "seu".

Assim:

- Não há compromisso, sem participação;
- Não há participação, sem partilha de informação e conhecimento [papel fundamental da(s) rede(s) de informação e comunicação em Saúde Pública] - a base em que assenta a participação;
- O compromisso é tanto mais fácil, quanto mais precoce (desde a primeira etapa do processo de elaboração do PLS) e continua for a participação.

A **Carta** (de compromisso local) **para a Saúde Sustentável**²⁸ materializa um compromisso específico assumido por cada uma das diferentes partes interessadas (*stakeholders*). Nasce, sobretudo, da participação destas numa reflexão conjunta

²⁸ As ações que integrarem a Carta serão alvo de um processo de M&A, a ser previsto no Plano de Implementação do PLS.



10. PREPARAR O CAMINHO DA IMPLEMENTAÇÃO ■

sobre as principais estratégias que se encontram desenvolvidas ou a desenvolver, com potencial impacte nas necessidades de saúde identificadas e consequente tomada de decisão e ação inter e multisectorial, para que se atinjam os objetivos de saúde sustentável definidos no PLS.

A assinatura pública desta Carta permite dar visibilidade a um compromisso ou contrato social, para a disponibilização dos recursos necessários à operacionalização das ações/intervenções com maior impacte esperado nas necessidades de saúde da população.

Esta Carta, juntamente com a formulação das Recomendações (conforme capítulo anterior), constitui-se como um instrumento fundamental de implementação dos Planos de Saúde, fazendo a “ponte” entre o planeamento estratégico em saúde sustentável, de base populacional, e o planeamento tático e operacional, de base institucional.



Lista de Verificação 7

Preparar o caminho da implementação

- ✓ 1. Participação precoce das diferentes partes interessadas em todas as etapas do processo de elaboração do Plano de Saúde, com particular relevo para as etapas de identificação de necessidades de saúde e seleção das estratégias de intervenção.
- ✓ 2. Elaboração de recomendações claras e adequadas, facilitadoras do processo de implementação do Plano de Saúde, em alinhamento com o PNS 2030.
- ✓ 3. Construção da Carta para a Saúde Sustentável através de convite às diferentes partes interessadas* para assumirem o compromisso formal de desenvolvimento de ações inter e multisectoriais, alinhadas com as estratégias do Plano de Saúde, tendo em vista o alcance dos objetivos de saúde sustentável para todos/as.

*começando por aquelas que participaram no processo de elaboração do PLS

- ✓ 4. Assinatura pública e ampla divulgação da referida Carta**, que passará a integrar o Pacto Saúde Sustentável 2030 e a ser também divulgada no *site* do PNS 2030.

**durante o período de implementação do PNS 2030, outras partes interessadas e outras ações poderão ser acrescentadas a esta Carta inicial.







1

CONSIDERAÇÕES FINAIS



11. CONSIDERAÇÕES FINAIS ■

O presente “Guia de apoio ao planeamento subnacional em saúde sustentável” surge num contexto particularmente desafiante para o sistema de saúde português, nomeadamente, em termos do(s) processo(s) de reorganização que se encontra(m) em curso. Como em todos os processos de mudança, a par dos desafios surgem também as oportunidades. Parece-nos, portanto, oportuno concluir este Guia com duas breves considerações sobre:

- O planeamento estratégico em saúde (de base populacional) como instrumento de governação em saúde;
- O planeamento subnacional em saúde e a “geodemografia” dos serviços de saúde.

Planeamento em Saúde e Governação em Saúde

“Governar” vem da palavra grega *kubernao*, que significa “navegar”.

No contexto do “Grupo Técnico Nacional para a Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários” (2017) foi elaborado um pequeno texto sobre [governação clínica e de saúde](#) (35) que, na sua essência, permanece atual, com as devidas adaptações resultantes do processo de reorganização do SNS que se encontra em curso. Desse texto e no contexto deste Guia, importa reter o seguinte (figura 14):

- A nível das ULS, os Planos Locais de Saúde (tendo como base a população da respetiva área de influência) são **instrumentos essenciais de governação em saúde**;
- A **qualidade da governação em saúde** de uma ULS depende primordialmente da **qualidade do processo de planeamento em saúde** e seus produtos – do PLS (de base “populacional”), dos Planos de Atividades/Desempenho dos respetivos Serviços/Departamentos/Unidades Funcionais (de base “institucional”) e respetivo alinhamento –, bem como do **sistema de informação** que o suporta;
- Por inerência das suas competências específicas, as **Unidades ou Serviços de Saúde Pública** têm uma **responsabilidade** técnica acrescida no apoio ao desenvolvimento da governação em saúde e sua operacionalização, ao nível da ULS;



11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Todos/as (gestores, profissionais, utentes e restante população) são chamados/as a envolver-se e a **participar na governação em saúde** a nível da ULS



Figura 14 – Governação em saúde e planeamento em saúde
Fonte: Garcia AC, Felício MM (2017)

Planeamento subnacional em Saúde e a geodemografia dos Serviços de Saúde

Tendo o processo de planeamento estratégico em saúde, por definição, uma base populacional, será legítimo questionar quais as consequências das alterações da “geodemografia” dos Serviços de Saúde no mesmo.

Já foi referido neste Guia que os fenómenos de saúde e de doença não respeitam as fronteiras geográficas ou administrativas pois, para além da cada vez maior mobilidade das pessoas e das populações, estas, a própria “tríada epidemiológica” (pessoa, tempo, lugar), constituem um *continuum*, acabando todos os eventos por se encontrar cada vez mais interligados em teias de relações de maior ou menor complexidade. Antevê-se, portanto, que aos serviços de saúde pública caberá cada vez mais o desafio do trabalho colaborativo e cocriativo, quer entre si, quer com os outros serviços do SNS e restante sistema de saúde (independentemente da sua



11. CONSIDERAÇÕES FINAIS ■

delimitação geodemográfica), bem como com os demais sectores e população presente nos diferentes territórios, que o modelo organizativo em que se inserem ou venham a ser inseridos terá, necessariamente, que permitir e facilitar. Este trabalho será essencial para a governação em saúde mencionada anteriormente. Aos municípios e comunidades intermunicipais caberá, sobretudo, o desafio de desenvolverem e implementarem em conjunto, e/ou coordenarem ações inter e multisectoriais resultantes da implementação muitas vezes de estratégias municipais comuns, envolvendo total ou parcialmente populações de diferentes municípios. Será também essencial que as referidas estratégias municipais de saúde se encontrem devidamente alinhadas com os respetivos PLS, bem como com o PNS 2030.

Foi igualmente referido que o planeamento estratégico em saúde obedece a um modelo lógico, que assenta na identificação das necessidades de saúde da população, aplicando-se, portanto, a qualquer “geografia” que os serviços de saúde venham a assumir, desde que devidamente assegurada a “dimensão epidemiológica”. Já existe, aliás, uma experiência considerável em termos da aplicação deste modelo de planeamento a nível subnacional, quer no âmbito dos ex-ACES, quer no âmbito das ULS. Importa, isso sim, criar/melhorar as condições ou mecanismos de apoio para o seu desenvolvimento, com maior plenitude, consistência e sustentação temporal.







12

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**



12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portugal. Lei nº 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República nº 169/2019, Série I; 2019.
2. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015.
3. England NHS. NHS England» the sustainable development unit for NHS England and public health England [Internet]. Nhs.uk. [cited 2023 Nov 5]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/2016/06/sustainable-development/>.
4. Portugal. Plano Nacional de Saúde 2030. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2023.
5. Imperatori E, Giraldes R. Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª edição revista e atualizada;1993.
6. Borowy I. Sustainable health: the need for new developmental models. Bull World Health Organ [Internet]. 2014;92(10):699. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT14.145219>.
7. Wales. Policy, Research and International Development Directorate. Public Health Wales International Health Strategy: 2017-2027. Cardiff: Public Health Wales; 2017.
8. Portugal. Plano Nacional de Saúde 2030. Metodologia. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022.
9. Pineault R, Daveluy. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, S.A y Salude y Gestión; 1992.
10. Ravaghi H, Guisset AL, Elfeky S *et al*. A scoping review of community health needs and assets assessment: concepts, rationale, tools and uses. BMC Health Serv Res 23, 44; 2023.
11. Plano Local de Saúde. Identificação e priorização dos Recursos da Comunidade [Internet]. Com.br. [cited 2023 Nov 5]. Available from: <https://docplayer.com.br/9181094-Plano-local-de-saude-identificacao-e-priorizacao-dos-recursos-da-comunidade.html>.
12. Cavanaugh S, Chadwik K. Health Needs Assessment: a practical guide. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2005.
13. World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Geneva: 2011.
14. Tmarch. 4 types of data analytics for educators [Internet]. Tom March. 2020 [cited 2023 Nov 5]. Available from: <https://tomarch.com/2020/01/4-types-data-analytics-for-educators/>.
15. World Health Organization. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2017.



12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ■

16. Smith, S. et al. A practitioner's guide to state and local population projections (2013th ed.). Springer; 2013.
17. Chen H, Hailey D et al. A Review of Data Quality Assessment Methods for Public Health Information Systems. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014;11:5170–5207; doi:10.3390/ijerph110505170.
18. Bian J, Lyu T, Loiacono A, et al. Assessing the practice of data quality evaluation in a national clinical data research network through a systematic scoping review in the era of real-world data. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(12):1999–2010. doi:10.1093/jamia/ocaa245.
19. CIHI's Information Quality Framework [Internet]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/IQF-summary-july-26-2017-en-web.pdf.
20. Lawrence, M., Goodwin, P., O'Connor, M., & Önkal, D.. Judgmental forecasting: A review of progress over the last 25 years. *International Journal of Forecasting*, 22(3), 493–518; 2006.
21. Hyndman, R.J., & Athanasopoulos, G.. *Forecasting: principles and practice*. Melbourne, Australia: OTexts, 3rd edition; 2021.
22. Qin, Lu & Shanks, Kyle & Phillips, Glenn & Bernard, Daphne. The Impact of Lengths of Time Series on the Accuracy of the ARIMA Forecasting. *International Research in Higher Education*. 2019. 4. 58.10.5430/irhe.v4n3p58.
23. Svolba G. Determining the best length of the history of your timeseries data for timeseries forecasting [Internet]. Medium. 2022 [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://gerhard-svolba.medium.com/determining-the-best-length-of-the-history-of-your-timeseries-data-for-timeseries-forecasting-f8600a3c086>.
24. Teixeira C. *Monitorização e Avaliação de Programas de Saúde*. Administração Regional de Saúde do Norte. Departamento de Saúde Pública. Porto: 2009.
25. Sachs J, et al. *The Decade of Action for the Sustainable Development Goals: Sustainable Development Report 2021*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
26. Sustainable Development Unit. *Sustainable, Resilient, Healthy People and Places: a sustainable development strategy for the NHS, Public Health and Social Care System*. NHS England and Public Health England. Cambridge: 2014.
27. Porta, M. *A Dictionary of Epidemiology*, Sixth Edition. International Epidemiological Association. Oxford University Press, New York, New York: 2014.
28. Olawade DB, Wada OJ, David-Olawade AC, Kunonga E, Abaire O, Ling J. Using artificial intelligence to improve public health: a narrative review. *Front Public Health*.2023;11:1196397. doi:10.3389/fpubh.2023.1196397.



12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ■

29. Rodrigues PM, Madeiro JP, Marques JAL. Enhancing Health and Public Health through Machine Learning: Decision Support for Smarter Choices. *Bioengineering* (Basel). 2023;10(7):792. doi:10.3390/bioengineering10070792.
30. Mhasawade, V., Zhao, Y. & Chunara, R. Machine learning and algorithmic fairness in public and population health. *Nat Mach Intell* 3, 659–666. 2021. <https://doi.org/10.1038/s42256-021-00373-4>.
31. Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde. *Workshop* “Planeamento Subnacional para a Saúde Sustentável”. Direção-Geral da Saúde, Lisboa: 2019.
32. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. WHO. Genebra: 2010.
33. Gonzaga M. Ação intersectorial e participação social. *Workshop* Planos Locais de Saúde - implementação. Administração Regional de Saúde do Norte. Departamento de Saúde Pública. Porto: 2017.
34. Rousseau J-J. Rousseauonline.ch. [cited 2023 Nov 5]. Available from: <https://www.rousseauonline.ch/pdf/rousseauonline-0004.pdf>.
35. Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários. *Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais*. 2017. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinca%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>.
36. WHO. Compendium report on multisectoral actions for the prevention and control of noncommunicable diseases and mental health conditions: country case studies [Internet]. iris.who.int. World Health Organization; 2024 [cited 2024 Jul 19]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/376654>
37. Vargas C, Whelan J, Brimblecombe J, Allender S. Co-creation, co-design and co-production for public health: a perspective on definitions and distinctions. *Public Health Res. Pract.* 2022;32(2):e3222211. <https://doi.org/10.17061/phrp3222211>.
38. Pereira CFJ. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde [Internet]. Dgs.pt. [cited 2023 Nov 5]. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/EA1.pdf>.
39. Kickbusch, I. *Governance for health in the 21st century*. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2013.
40. The Association of Public Health Observatories. *The Good Indicators Guide*. NHS Institute for Innovation and Improvement. UK: 2010.
41. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* [Internet]. 1992 [cited 2023 Nov 5];22(3):429–45. Available from:



12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ■

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/>.

42. Petkovic J, Riddle A, Akl EA, et al. Protocol for the development of guidance for stakeholder engagement in health and healthcare guideline development and implementation. *Syst Rev.* 2020;9(1):21. Published 2020 Feb 1. doi:10.1186/s13643-020-1272-5.





ANEXO



ANEXO

Exemplos de Técnicas de Priorização de Problemas ou Necessidades de Saúde

Método CENDES-OPS

É um método quantitativo que recorre a três dos principais critérios normalmente utilizados nos processos de priorização: magnitude (dimensão/prevalência e gravidade dos problemas); transcendência (importância atribuída pela população e/ou referente à prevalência em diferentes grupos etários); vulnerabilidade (capacidade de intervir para prevenir a ocorrência do problema, atendendo à tecnologia e efetividade das intervenções disponíveis). No critério magnitude (M) é utilizado o indicador da proporção de óbitos por uma causa específica relativos a cada problema de saúde a priorizar. Para o critério da transcendência (T) recorre-se à determinação de uma média ponderada da ocorrência dos óbitos por grupos etários, atribuindo-se um coeficiente de 1 nos óbitos ocorridos no grupo etário 0-19 anos, um coeficiente de 0,75 no grupo 20-64 anos e um coeficiente de 0,50 nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, o que na prática se traduz na atribuição de um “peso” duas vezes superior aos óbitos ocorridos em idades mais jovens, em comparação com os óbitos ocorridos em idades mais avançadas. A vulnerabilidade (V) é valorizada numa escala que varia entre 0,1 e 0,9, consoante o problema de saúde em análise é menos ou mais suscetível de ser solucionado pela nossa intervenção. O valor final da pontuação de cada problema resulta da multiplicação dos três fatores correspondentes aos três critérios ($M \times T \times V$), sendo o problema tão mais prioritário quanto maior for o valor final atribuído.

A principal desvantagem da utilização desta metodologia na priorização de problemas de saúde reside na utilização de indicadores de saúde relacionados com a mortalidade, não integrando outras dimensões dos problemas, como a morbilidade e a incapacidade por eles gerada.

Matriz de priorização

É um dos métodos mais frequentemente aplicados, sendo de grande utilidade quando o número de problemas de saúde sobre o qual vão incidir as intervenções é reduzido, mas existe um elevado número de critérios a ser tido em linha de conta (Quadro 3).

Assim, na prática:

- Passo 1: listar todos os Problemas de Saúde na vertical e todos os critérios horizontalmente, de forma a que cada linha corresponda a um problema de saúde e cada coluna a um critério;
- Passo 2: atribuir a cada critério uma valoração de 1 (critério não cumprido), 2 (critério cumprido) ou 3 (critério cumprido de modo eficaz) para cada Problema de Saúde;



- Passo 3: estabelecer as ponderações de cada critério, tendo em conta a sua importância relativa;
- Passo 4: calcular os resultados de priorização com base nas ponderações de cada critério. Os Problemas de Saúde que obtiverem maior pontuação correspondem aos considerados mais prioritários.

QUADRO 3 - MATRIZ DE DECISÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS - MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO

PROBLEMA DE SAÚDE	CRITÉRIO 1	CRITÉRIO 2	CRITÉRIO 3	RESULTADO DA PRIORIZAÇÃO
PROBLEMA A				
PROBLEMA B				
PROBLEMA C				
PROBLEMA N				

Fonte: Equipa PNS 2030

No que concerne à Técnica de Matriz de Priorização podem ser considerados os seguintes critérios, com a valoração constante no Quadro 4:

- Magnitude: corresponde às dimensões do problema de saúde, sendo caracterizada, maioritariamente, por indicadores de mortalidade;
- Transcendência
 - Social: constitui a ponderação por grupos, designadamente etários, por forma a valorizar as mortes por determinada causa em dada faixa etária;
 - Económica: estabelece a repercussão económica dos problemas de saúde, por incapacidade ou perdas de produção;
- Vulnerabilidade: consiste na avaliação do potencial ou da possibilidade de prevenção e intervenção do problema de saúde, com os recursos existentes.



QUADRO 4 - VALORAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

CRITÉRIOS		VALOR DE ESCALA		
		1	2	3
MAGNITUDE		Problema não preocupante pelos indicadores de morbidade e mortalidade	Importância média	Dimensão importante nos indicadores
TRANSCENDÊNCIA	SOCIAL	Problema não afeta significativamente a população	Afeta parcialmente a população ou grupos importantes	Afeta toda a população ou grupos importantes
	ECONÓMICA	Problema sem repercussão económica	Problema de efeito médio	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção
VULNERABILIDADE		Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema	Problema redutível, mas as medidas ou tecnologia a utilizar são de difícil aplicação	Problema que responde às medidas e tecnologias que se apliquem

Fonte: Equipa PNS 2030

Considerando os critérios supracitados, o Quadro 5 poderá servir de modelo para a priorização de problemas de saúde a ser utilizado na consulta aos parceiros/partes interessadas. A cada critério de priorização é atribuída a ponderação de 1/3, sendo o critério de transcendência considerado como um todo para esta ponderação.

QUADRO 5 - SUGESTÃO DE MATRIZ DE DECISÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS

PROBLEMAS DE SAÚDE	CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO				TOTAL	PRIORIDADE
	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA		VULNERABILIDADE		
		SOCIAL	ECONÓMICA			
PROBLEMA A						
PROBLEMA B						
PROBLEMA C						
PROBLEMA N						

Fonte: Equipa PNS 2030



Método de Hanlon

Constitui-se como um método complexo, mas vantajoso quando o objetivo é produzir uma lista de Problemas de Saúde baseados em dados numéricos.

Assim, na prática (Quadro 6):

- Passo 1: considerada a lista de Problemas de Saúde, cada um destes deve ser classificado, numa escala de 0 a 10, quanto à magnitude (% da população com dado problema de saúde), gravidade e efetividade de potenciais intervenções;
- Passo 2: aplicar o teste de PEARL, de modo a analisar os Problemas de Saúde relativamente à Propriedade (Será adequado implementar um programa para o Problema de Saúde?), Economia (Fará sentido do ponto de vista económico abordar este problema?), Aceitação (Será que a comunidade aceita o programa? Querera a comunidade um programa para combater este Problema de Saúde?), Recursos (Haverá recursos financeiros disponíveis?) e Legalidade (Será que as atividades programadas têm enquadramento na lei?). Todos os Problemas de Saúde considerados deverão cumprir o teste PEARL;
- Passo 3: considerando a classificação obtida no passo 1, deve fazer-se a priorização através do seguinte cálculo:

$D = [A + (2 \times B)] \times C$, em que:

D = resultado da priorização

A = classificação quanto à magnitude do problema

B = classificação quanto à gravidade do problema

C = classificação quanto à efetividade das intervenções

NB: O fator B é multiplicado por 2, dado que segundo a técnica de Hanlon é duas vezes mais importante que a magnitude do problema.

- Passo 4: a hierarquização dos Problemas de Saúde é feita com base no resultado da priorização (D).

QUADRO 6 - MATRIZ DE DECISÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS - MÉTODO DE HANLON

PROBLEMA DE SAÚDE	A = MAGNITUDE DO PROBLEMA	B = GRAVIDADE DO PROBLEMA	C = EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO	D = RESULTADO DA PRIORIZAÇÃO (A + 2B).C
PROBLEMA A				
PROBLEMA B				
PROBLEMA C				
PROBLEMA N				

Fonte: Equipa PNS 2030





GLOSSÁRIO DE TERMOS E CONCEITOS



GLOSSÁRIO DE TERMOS E CONCEITOS

A

Ação intersectorial:

Refere-se a ações desenvolvidas por sectores diferentes do sector da saúde, e que influenciam os resultados em saúde. É desenvolvida em articulação ou colaboração com o sector da saúde (32).

Ação multisectorial:

Segundo a OMS, a ação multisectorial refere-se à colaboração dentro e entre sectores governamentais (36). Contudo, reconhece que “...Embora esta importante abordagem (multisectorial) seja cada vez mais adotada, os termos (ação multisectorial, ação intersectorial, Saúde em Todas as Políticas, ou ação *whole of government*) são ainda fluidos²⁹, definidos de forma imperfeita e frequentemente utilizados de forma intercambiável.” (36)

Análise de dados:

Consideram-se quatro tipos de análise de dados (14):

- Descritiva: Este tipo de análise responde à questão - “O que aconteceu no passado?”. É útil para identificar tendências e padrões que podem auxiliar os serviços de saúde na tomada de decisão, essencialmente de um ponto de vista operacional;
- Diagnóstica: Este tipo de análise responde à questão - “Porque aconteceu?”. Vai além da análise descritiva, na medida em que procura identificar as “causas” possíveis dos problemas identificados. O sucesso deste tipo de análise assenta num elevado conhecimento sobre o problema de saúde em análise, e pode ser necessário consultar especialistas nas respetivas áreas;
- Preditiva: Este tipo de análise responde à questão - “O que pode acontecer?”. Identifica cenários possíveis de evolução do problema no futuro³⁰;
- Prescritiva: Este tipo de análise responde à questão - “O que fazer?”. Seleciona possíveis estratégias para intervir sobre as necessidades de saúde identificadas.

Avaliação:

É um processo que procura determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto de atividades, projetos, programas ou planos, à luz dos seus objetivos. Existem diferentes tipos de avaliação (e.g. avaliação de estrutura, de processo, de resultado – *outcome* ou impacto) [adaptado de (27)].

²⁹ Outras entidades têm dado contributos importantes para a definição deste conceito, bem como para a construção do seu quadro de referência, das quais se destaca a [Public Health Agency of Canada](#).

³⁰ A metodologia a utilizar neste tipo de análise encontra-se descrita com maior detalhe no capítulo das projeções e prognóstico deste Guia.



C

Contrato social:

É um termo que foi utilizado pela primeira vez pelo filósofo inglês Thomas Hobbes (1588-1679) e explicitado posteriormente por Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), que descreve as formas de interação desejáveis e geralmente mutuamente aceites entre indivíduos e grupos no seu ambiente social. Segundo Rousseau (34), o contrato social era um acordo entre indivíduos para criar a sociedade e, depois, o Estado. Portanto, o contrato social era considerado um pacto de associação.

Cocriação:

Designação que abrange o “codesenho” e a “coprodução”. A cocriação é considerada um construto abrangente, que é definido como o envolvimento ativo das partes interessadas, desde a exploração e articulação de problemas ou necessidades, até à criação, implementação e avaliação de soluções ou iniciativas. Nesta perspetiva, o codesenho diz respeito ao desenho de uma iniciativa que posiciona as necessidades, experiência e conhecimento dos participantes no seu centro; a coprodução, por sua vez, auxilia na transmissão e produção colaborativa de conhecimento (37).

D

Dados:

Correspondem a uma coleção de itens de informação (27).

116

Desenvolvimento Sustentável:

É aquele que satisfaz as necessidades do presente, sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades (2).

Determinantes de Saúde:

São fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável, designando-se, respetivamente, por fatores de risco e fatores de proteção, podendo ser classificados nos seguintes grupos: ambientais; biológicos; comportamentais ou estilos de vida; demográficos e sociais; económicos; relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (4).

E

Equidade:

A equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente (38).



Estratégia:

Uma estratégia corresponde a um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar determinado(s) objetivo(s) reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde (5).

G**Governança Clínica:**

A governança clínica implica obter resultados de melhoria da saúde e bem-estar a nível individual (35).

Governança de Saúde:

A governança de saúde implica obter resultados de melhoria da saúde e bem-estar a nível da população e/ou grupos da população, no que diz especificamente respeito à intervenção do sistema/serviços de saúde (35).

Governança para a Saúde:

A governança para a saúde implica obter resultados de melhoria da saúde e bem-estar a nível da população, contemplando, para além da intervenção dos serviços de saúde, a intervenção da restante sociedade (organizada e não organizada), numa perspetiva de ação inter e multisectorial, e de participação e compromisso de todos (35) [adaptado de (39)].

Implementação:

Implementar significa colocar em execução ou em prática. Implementar, no contexto do planeamento estratégico para a saúde sustentável, significa colocar no centro das agendas e planos de ação dos diversos sectores e instituições da sociedade (organizada e não organizada, do sector da saúde e dos sectores externos à saúde), do governo e do poder local, a criação das condições para que todos, individual e coletivamente, possam alcançar o seu potencial máximo de saúde e bem-estar, sem deixar ninguém para trás e sem comprometer a capacidade das gerações futuras perpetuarem essa aspiração (4).

Indicador:

Um indicador é um instrumento de medida de uma variável. Por exemplo, no campo da saúde os indicadores podem medir, entre outros, o estado de saúde e bem-estar da população e seus determinantes, o desempenho dos serviços de saúde e das suas unidades funcionais, o impacte destes na saúde da população, ou a sua qualidade [adaptado de (40)].

Informação:

Dados que foram organizados e/ou transformados para fornecer a base para a sua interpretação e conversão em conhecimento [adaptado de (27)].

Iniquidades em saúde:

Correspondem a desigualdades evitáveis e desnecessárias, e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis, no estado de saúde entre grupos populacionais [adaptado de (41)].



J

Justiça:

É o “estado, condição ou qualidade de ser livre de preconceito ou injustiça”; tem a ver com os princípios da igualdade e da equidade (15).

M

Monitorização da saúde da população:

Conceção, realização, análise e interpretação regulares, repetitivas e intermitentes de medidas que visam detetar alterações no estado de saúde das populações ou no ambiente físico ou social (27).

N

Necessidade de Saúde:

É a diferença entre o estado de saúde atual da população e o estado de saúde desejado (9).

Necessidades em Saúde:

Referem-se ao conjunto das necessidades de saúde, bem como das necessidades de serviços e necessidades de recursos decorrentes das necessidades de saúde.

Necessidades Sentidas de Saúde:

São definidas pela população e dizem respeito à perceção da mesma sobre a sua saúde, incluindo as suas expectativas (9).

Necessidades Técnicas de Saúde:

São definidas pelos profissionais de saúde, através de uma metodologia quantitativa, de base epidemiológica (9).

O

Objetivo:

Um objetivo corresponde ao enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível (5,9).

Objetivo operacional:

Um objetivo operacional corresponde a um resultado desejável sobre atividades de saúde (5,9).

Objetivo de saúde:

Um objetivo de saúde corresponde ao enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível sobre um problema ou determinante de saúde (5,9).



P

Partes interessadas (stakeholders):

Em geral, são todas as entidades, individuais ou coletivas, que têm algo a ganhar e/ou a perder com determinado processo. No campo específico da saúde, uma parte interessada é qualquer indivíduo ou grupo responsável ou afetado por decisões relacionadas com a saúde e respetivos determinantes [adaptado de (42)].

Participação social:

A participação social diz respeito à participação da sociedade civil, organizada e não organizada, incluindo o empoderamento de mulheres e homens pertencentes a grupos ou comunidades mais vulneráveis. Ela potencia o desempenho, por parte destes “atores sociais”, de um papel mais relevante na definição de políticas que contribuam para a melhoria da sua saúde e bem-estar, bem como da comunidade (32).

Planeamento em Saúde:

De acordo com importantes investigadores do planeamento em saúde³¹, o planeamento em saúde é descrito como um processo que, partindo de necessidades de saúde identificadas e priorizadas, permite fazer escolhas e uma maior racionalização na alocação dos recursos, tendo por fim último melhorar a saúde e o bem-estar das populações, privilegiando abordagens multissetoriais e que integrem a própria população. Ou seja, trata-se de um processo contínuo e dinâmico, constituído por uma série de etapas sequenciais, segundo uma cadeia lógica que se inicia num diagnóstico, permite escolher onde e como intervir, e culmina na avaliação das intervenções executadas segundo o planeado.

Plano de M&A:

O plano de M&A de um Plano de Saúde (nacional, regional ou local) tem por finalidade disponibilizar informação que fundamente, de forma quantificada, a tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das estratégias de intervenção selecionadas, de acordo com os desvios encontrados relativamente aos objetivos de saúde fixados, ou a outras medidas estimadas (8).

População-alvo:

No contexto do planeamento para a saúde sustentável, consiste no grupo de pessoas presentes na área geográfica abrangida pelo Plano de Saúde, simultaneamente atores e destinatários do mesmo, quer durante o processo de elaboração, quer durante a sua implementação [adaptado de (27)].

Previsão:

Corresponde ao valor esperado mais provável de evolução do indicador em análise, que pode basear-se em projeções, cenários e/ou numa análise subjetiva do contexto que influencia positiva ou negativamente a evolução do indicador (16).

³¹ F. Cambournac (1969); Pineault & Daveluy (1987); Hernán Durán (1989); Imperatori & Giraldes (1993); OMS (vários autores) (2016).



Problema de Saúde:

É um estado considerado deficitário pelo indivíduo, profissional de saúde ou sociedade [adaptado de (5,9)].

Programa de Saúde:

Conjunto organizado, coerente e integrado de atividades e serviços necessários à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, e são geridos por um mesmo organismo. Um programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo (9).

Projeção:

Corresponde ao resultado da aplicação de um conjunto particular de pressupostos relativamente a tendências futuras (16).

Projeto de Saúde:

Uma ou mais atividades que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visam obter um resultado específico e que contribuem para a execução de um programa (9). Um programa pode incluir um ou vários projetos.

S

Saúde e bem-estar sustentáveis (*sustainable health and well-being*):

É o nível mais elevado da relação entre sustentabilidade e saúde, que envolve considerar a sustentabilidade de tudo o que tem impacto na saúde e no bem-estar (por exemplo, educação, agricultura, sistema financeiro, etc.); corresponde a uma forma sustentável de vida (3).

Saúde Sustentável:

O conceito de saúde sustentável define que o alcance do melhor nível de saúde e bem-estar da população num dado momento, não deverá comprometer a saúde e bem-estar das gerações futuras, nem deixar ninguém para trás (4).



