

Laboratório de Ideias VI

Estratégias locais de saúde

O que são? Vantagens? Como fazer acontecer?

Iniciado em junho de 2024

Participação

Ana Costa; Ana Cristina Dias; Ana Escoval; Ana Isabel Santos; António Leuschner; Bernardo Vilas Boas; Élia Quintas; Eunice Carrapiço; João Rodrigues; José Lima; Manuela Castanheira; Miguel Cabral; Mirieme Ferreira; M. Augusta Sousa; Nuno Jacinto; Patrícia Barbosa; Patrícia Martins; P. Maciel Barbosa; Rita Correia; Victor Ramos

ÍNDICE

| | |
|---|---------|
| Apresentação e enquadramento | Pág. 03 |
| Laboratório de ideias – o que é? | Pág. 00 |

Perguntas

| | |
|---|---------|
| Estratégias locais de saúde – Perguntas iniciais | Pág. 00 |
|---|---------|

Respostas - contributos iniciais

| | |
|--|---------|
| 1. Respostas a P.1 – Estratégia local de saúde – o que é? | Pág. 08 |
| 2. Respostas a P.2 – Enquadramento sistémico e organizacional | Pág. 08 |
| 3. Respostas a P.3 – Planeamento integrado de saúde | Pág. 08 |
| 4. Respostas a P.4 – Para quê? – Propósitos e objetivos | Pág. 08 |
| 5. Respostas a P.5 – Quem? – Atores e autores/protagonistas | Pág. 08 |
| 6. Respostas a P.6 – Requisitos e instrumentos-chave | Pág. 08 |
| 7. Respostas a P.7 – Como delinear e implementar? | Pág. 08 |
| 8. Respostas a P.8 – Transformar recursos em resultados – como avaliar? | Pág. 08 |

Apresentação e enquadramento

“Never mistake a clear view for a short distance... Except that you must!” — Paul Saffo

Saúde local - estratégias locais de saúde – sistemas locais de saúde – unidades locais de saúde – pessoas e comunidades

Como interrelacionar estas “entidades”?

O conceito de sistemas locais de saúde (SLS) foi desenvolvido na década de 90, designadamente pela OPAS (Organização Pan-americana da Saúde).^{1,2,3} Em Portugal os SLS foram definidos no Decreto-lei n.º 156/99, de 10 de maio. No mês seguinte foi criada uma unidade local de saúde (ULS), em Matosinhos (DL n.º 207/99, de 9 de junho), que perdura até hoje.⁴

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 lançou as *estratégias locais de saúde*.⁵ Porém, salvo raras iniciativas locais, nem o conceito nem as práticas vingaram. Talvez fosse algo demasiado avançado para o tempo e contextos de então. O lastro cultural centrado nas organizações e nos interesses e propósitos internos parece ter resistido a este desafio de orientação mais ampla e positiva para a saúde e o bem-estar das pessoas e das comunidades

Os SLS voltaram a ser referidos na Lei de Bases da Saúde (Lei 95/2019, de 9 de setembro - Base 9 e o Estatuto do SNS (DL 52/2022, de 4 de agosto) redefiniu os SLS e revogou a lei de 1999.

Em 2024 foi desencadeado o “*big bang*” das unidades locais de saúde (ULS). Uma reorganização massiva dos serviços do SNS em ULS. Tem sido dito que as ULS poucas diferenças farão se se limitarem à fusão da administração e da gestão de um conjunto heterogéneo de organizações, com uma grande diversidade de equipas e de profissões. Sobretudo quando trazem consigo modos de ver, de pensar e de agir muito enraizados no passado.

Tem sido referido que, sob determinadas condições, as ULS podem vir a facilitar a coordenação, a integração e a continuidade de cuidados às pessoas. No entanto, isso não irá decorrer apenas da criação de ULS. Serão necessários processos complexos e laboriosos de liderança conectiva e colaborativa, bem como de transformação cultural e organizacional. Vai ser necessário gerir a

¹ Paganini JM, Capote Mir, eds. *Los sistemas locales de salud. Concepto-Métodos- Experiencias*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1990, Publicación Científica 519.

² Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade. Novaes, Humberto de Moraes; Paganini, José Maria. *Washington, D.C.; OPAS; abr. 1994. 109 p. (OPAS/HSS/94.05)*. Monografia em Português | PAHO | ID: pah-16399.

³ OPSS. Saúde: que rupturas? Relatório de Primavera 2003. Lisboa: ENSP, 2003

⁴ Santos AI, Dias C, Gonçalves C, Sakellarides C. *Estratégias Locais de Saúde*. Documentos preparatórios do PNS 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010.

⁵ Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013

mudança e desenvolver novos processos e procedimentos. Tal implicará mudar atitudes, comportamentos e práticas.

Nada disto é garantido pela nomeação de uma administração comum, na maior parte dos casos baseada no órgão que administrava a instituição hospitalar. Uma mudança de tal complexidade e abrangência requer governação estratégica e técnica com elevada competência e um programa bem planeado, sistemático e permanente de formação e de avaliação formativa contínua de todos os dirigentes envolvidos - indispensáveis para o sucesso da reforma em curso.

O principal desafio para as ULS é o de saberem virar-se para “fora de si” - para proteger e promover a saúde e bem-estar das comunidades e pessoas que servem. Tal requer planeamento estratégico, estratégias locais de saúde e governação integrada em saúde.

Estratégias locais de saúde e estratégias municipais e intermunicipais de saúde

- De que estamos a falar?

É no contexto e sob a perspetiva atrás apresentados que é avançado o conceito genérico de ***estratégia local de saúde***. Longe de configurar uma entidade fixa um processo preciso, é um processo que admite diversidade de abordagens, âmbitos e práticas, flexível e adaptativo. É inerente ao planeamento estratégico em saúde em uma fase integrante e indissociável do processo mais amplo de governação local em saúde.

Inclui, por exemplo, entidades e processos tais como: as *estratégias municipais de saúde*, as *estratégias intermunicipais de saúde*, bem como as estratégias de saúde intersectoriais eventualmente desenvolvidas no âmbito de *sistemas locais de saúde*. I

Abrangem também o que se poderá chamar de *estratégias “submunicipais” de saúde*, quando estão em causa grandes metrópoles e áreas metropolitanas com grandes desigualdades territoriais quer socioeconómicas, quer culturais e de desenvolvimento humano.

Laboratório de ideias - o que é?

Nota explicativa sobre o “laboratório de ideias”

O “laboratório de ideias” visa a produção livre e independente de ideias inovadoras sobre algo de interesse comum, a partir de uma diversidade de saberes, de perspetivas e de experiências. Recorre ao método interrogativo, fazendo **perguntas-guia** a um painel de pessoas conhecedoras do assunto e com perspetivas diversas.

Tem por finalidade suscitar a expressão, a partilha, o confronto e a inter-relação de ideias, num “trabalho em progresso”. As próprias perguntas podem ser reformuladas e aprimoradas. Ao mesmo tempo, perspetivam-se modos de aplicar na prática as ideias partilhadas e/ou cocriadas pela evolução do trabalho coletivo.

Processo

Cada “laboratório de ideias” segue os seguintes passos e tarefas:

1. Formular o tema-foco dos trabalhos;
2. Elaborar a primeira versão das perguntas-guia, para suscitar debate e análise multidimensional sobre os enfoques em estudo;
3. Identificar os participantes a envolver - diversidade de conhecimento técnico-científico e/ou experiência prática nas dimensões do tópico em análise;
4. Contactar os participantes e pedir a cada um que escolha pelo menos uma das perguntas e envie, no prazo definido a(s) sua(s) resposta(s);
5. Recolher e organizar as respostas numa primeira versão de documento de trabalho, para posterior partilha entre todos;
6. Envio da primeira versão do documento, solicitando críticas, comentários, bem como novos contributos;
7. A equipa coordenadora prepara nova versão do documento, seguindo-se segunda ronda de consultas;
8. Realizar novo encontro de tipo *webinar*. Cada participante prepara uma intervenção sucinta, de até 5 minutos, destacando alguma(s) ideia(s), aspeto(s) ou omissão que deva(m) ser tidos em conta;
9. A equipa coordenadora prepara, sempre que necessário, versões seguintes do documento os aspetos e perspetivas que vão surgido – a versão mais recente fica disponível no site da Fundação para a Saúde – FSNS, permanecendo aberta a novos contributos, alterações, aprimoramentos e atualizações;
10. Reativar o laboratório sempre que as circunstâncias determinarem essa necessidade.

Estratégias locais de saúde

Perguntas iniciais

Estratégia local de saúde (ELS) – o que é?

1. Como explicar / comunicar de forma simples e clara o conceito de ELS?

Enquadramento sistémico-organizacional

2. Como ver e posicionar as ELS no sistema de saúde português, no SNS, nas unidades locais de saúde (ULS) e no enquadramento previsto na Base 9 da LBS de 2019, em sistemas locais de saúde (SLS)?

Planeamento integrado de saúde, multinível

3. Qual a relação entre as ELS, o PNS 2030, o SNS a nível local e o contexto comunitário intersectorial?

Para quê?

4. Que propósitos e objetivos concretos devem ter as ELS e como medir / avaliar os resultados?

Quem?

5. Quais os componentes, atores e protagonistas essenciais?

Quais os requisitos | instrumentos-chave essenciais?

(sistema de informação? Planos de investimento; modelo de financiamento? Outros?)

6. Quais os requisitos | instrumentos-chave essenciais para que as ELS funcionem e que atributos deve ter cada um desses requisitos?

Como delinear e implementar as ELS?

7. Como podem / devem ser delineadas e implementadas as ELS?

Processo normativo com comando centralizado “top-down”? Processo emergente de tipo “bottom-up”? Processo misto flexível e adaptável, baseado nos princípios da subsidiariedade?

Transformar recursos em resultados – como garantir? Como avaliar?

8. Como coordenar as interações colaborativas emergentes e conduzi-las para obter os resultados desejados? Como avaliar?

Estratégias locais de saúde

Respostas

1. Estratégia Local de Saúde (ELS) – o que é?

- Como explicar / comunicar de forma simples e clara o conceito de ELS?

Começar por definir as palavras / conceitos envolvidos

Definiria assim: “estratégia local de saúde” é o melhor caminho, possível, para resolver um problema e atingir um objetivo de saúde, a longo prazo, localmente, estimando os custos e os recursos. Admito que o conceito de saúde seja claro, podendo adotar-se a definição da OMS.

Em relação ao conceito de “local” penso que o mais importante é garantir uma dimensão de proximidade e de identidade social, económica, demográfica e cultural - a da maioria dos “originais” agrupamentos de centros de saúde (ACeS), ou seja, territórios com cerca de 100 000 pessoas, em média.

Mais importante é definir “estratégia”. Esta é uma daquelas palavras que hoje se usa frequentemente, a propósito e a despropósito, sem que muitas das pessoas que a utilizam, saibam qual é o seu verdadeiro significado. É sistematicamente confundida com “tática”, conceito este que se limita a um horizonte temporal de curto ou médio prazo.

Socorri-me de Emílio Imperatori e do seu livro “Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde – Glossário”, página 145, que transcrevo abaixo¹.

Assim, na definição acima adotada, caminho seria “amplas linhas de ação” e incluiria “atividades”. Desenhá-lo e percorrê-lo requer todo um processo global, intersectorial, técnicas específicas e diferentes fases de elaboração e implementação.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

Uma estratégia local de saúde deve enquadrar, inspirar e orientar os planos locais de saúde

O estado de saúde de uma determinada população / comunidade depende de um conjunto vasto e diverso de fatores, como sejam o nível socioeconómico, a rede de suporte social, a poluição do ar, a existência de saneamento básico, o acesso à habitação, educação, alimentação, emprego, transportes públicos, espaços de lazer e de cultura, entre outros, que vão muito para além do acesso a cuidados de saúde (responsabilidade do SNS e das organizações de saúde). Estes sendo indispensáveis, determinam apenas uma pequena fração do resultado.

Assim, para a melhoria do estado global de saúde de uma determinada população, é necessário envolver um amplo leque de intervenientes que, de forma concertada, assumam compromissos e concretizem intervenções nas suas áreas de atuação, alinhados com uma estratégia definida.

A estratégia local de saúde (ELS) deve enquadrar e orientar os planos locais de saúde. AS ELS distinguem-se das estratégias e planos municipais de saúde na medida em que:

- a) Na grande maioria dos casos respeitam à população de vários municípios, por vezes até mais de dez municípios;
- b) Por sua vez as estratégias e os planos municipais de saúde respeitam especificamente aos compromissos de ação assumidos por cada município na parceria estratégica para a saúde da sua comunidade.

A identificação clara dos principais problemas de saúde de uma população, bem como dos fatores que contribuem para os mesmos ou que podem atenuar o seu impacto, é o que permite delinear a estratégia adequada para a sua abordagem. Uma estratégia comum, ajustada às particularidades de cada comunidade, que tem em conta as suas forças e fraquezas e as suas normas culturais, que assuma uma perspetiva compreensiva dos problemas e que preveja ações abrangentes, desde a promoção da saúde à prevenção de doenças, ao tratamento e à reabilitação. Tal implicará direcionar seletivamente investimentos para as áreas prioritárias, reduzindo o desperdício em ações cujos resultados em saúde têm baixa evidência.

Contributo de Eunice Carrapiço e Rita Correia

Qual a diferença entre “Estratégia Local de Saúde” e “Plano Local de Saúde”?

Acho que é da maior importância encontrar uma solução para a dualidade de uso da expressão ELS vis a vis de Plano Local de Saúde. Até agora, ainda não consegui encontrar ninguém que me consiga explicar adequadamente a diferença entre ambos os conceitos a não ser a de designar uma intenção pretendida e não alcançada com a maioria dos planos locais de saúde. Face ao predomínio atual do termo PLS na lei, já com entropia suficiente com os planos municipais de saúde e as estratégias municipais de saúde, urge reabilitar na prática os PLS. A única definição que tenho para estratégia local de saúde é que é um termo que pretende representar um bom plano local de saúde. Um plano de saúde é um produto de um processo de planeamento comunitário, e como tal forçosamente participado e decidido pelas entidades de uma determinada comunidade abrangida por uma unidade local de saúde.

Contributo de Miguel Cabral

Instrumento de gestão e “fio condutor” de todo planeamento local de saúde

A Estratégia Local de Saúde (ELS) corresponde a um instrumento liderado pelos serviços de saúde e que envolve os diferentes parceiros da comunidade, com ações coordenadas e integradas para a melhoria do sistema de saúde local, e deve ter em conta as especificidades e necessidades da população abrangida. A ELS deve ter definida a visão, a política, o modelo de organização e gestão dos serviços de saúde de uma determinada área geográfica. É um importante instrumento de gestão, e deve ser o “fio condutor” de todo planeamento de saúde da área geográfica em causa.

Contributo de Ana Cristina Dias

Uma ELS é, sobretudo, um instrumento participado, enquadrador e inspirador

Uma ELS traduz, essencialmente, uma cultura e compromissos de ação colaborativa, adaptativa e participada. Existir um documento formal escrito, sendo importante, é lateral ao processo subjacente. Por isso, é útil clarificar e diferenciar entre ELS e planos de ação em saúde (setoriais, intersectoriais, institucionais, se serviços, de equipas). São distintos embora interligados, por vezes até integrados. Como estão em continuidade, utiliza-se por vezes a expressão “plano estratégico”.

Uma ELS deve explicitar os modos de ver (visão), de compreender, dos propósitos (missão e finalidades) e de como fazer acontecer (compromissos de vontade e ação) por parte dos diversos intervenientes (diversos setores, natureza e tipos de atividade, instituições, etc.) para modificar positivamente a saúde e bem-estar de uma comunidade. Deve abarcar os principais determinantes da saúde (ambientais; socioeconómicos; de segurança social; culturais e educacionais; comerciais; bem como de prestação de serviços e cuidados de saúde).

Contributo de Victor Ramos

Visão e compromisso partilhados

A ELS traduz uma visão e um compromisso de ação partilhados entre parceiros institucionais e a comunidade. Visa melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas numa área geográfica específica. Essa estratégia envolve a colaboração entre setores como autarquias, instituições de saúde e da educação, instituições ligadas ao meio ambiente, serviços sociais locais, IPSS, associações sem fins lucrativos, representantes dos doentes e a comunidade em geral para abordar e intervir nos problemas de saúde de um território de maneira integrada, eficaz e eficiente, tendo em conta as necessidades reais em saúde, mas também as necessidades sentidas. A Estratégia Local de Saúde é uma maneira organizada e colaborativa de tornar uma comunidade mais saudável, que deve resultar de um processo de negociação baseado na confiança e no respeito entre parceiros e respetivas competências e conhecimento, com foco nas necessidades reais locais e sentidas em saúde, tendo em conta as limitações e mais valias dos recursos locais existentes, por vezes muito diversos de território para território. A ELS deve ter poucos eixos de intervenção de cada vez, com ações descritas de forma clara, curta e breve. Deve ser flexível em função das mudanças "vertiginosas" do nosso ecossistema em saúde, e deve ter capacidade de adaptação às necessidades em tempo útil, não deve balizar, mas deve suportar e enquadrar as oportunidades que possam surgir para melhorar a saúde das populações localmente.

Contributo de Manuela Castanheira

Estratégias locais de saúde e participação e envolvimento das autarquias

A descentralização de competências na área da Saúde enquadra-se numa gestão de maior proximidade, devendo para isso centrar essa descentralização responsável no centro de saúde e na criação de sistemas locais de saúde, previstos no Estatuto do SNS, podendo estrategicamente as ULS desenvolverem numa fase inicial “Comunidades Intermunicipais de

Saúde” à semelhança das CIM, com uma metodologia de desenvolvimento e gestão estratégica que compartilha as responsabilidades de forma horizontal e descentralizada.

A sua operacionalização: a curto e médio prazo, deverá estar centrada em sete (7) eixos fundamentais:

- Qualificação do Acesso;
- Gestão integrada dos percursos de saúde/doença;
- Desburocratização e digitalização;
- Aumento da resolutividade comunitária e em rede;
- Qualificação da despesa com implementação de apoio profissionalizado a essa qualificação.
- Dispositivos de gestão da informação, tendo como princípios: inclusão, partilha, transparência e capacitação;
- Literacia para a capacitação (da rede, todos).

Modelo de co-gestão – descentralização: a transferência das competências visa o contínuo processo de aperfeiçoamento dos serviços de proximidade, UF dos centros de saúde e rede hospitalar do ambulatório, através do desenvolvimento de projetos de excelência, de melhoria e inovação, com respostas mais eficazes e mensuráveis que permitam o crescente envolvimento da comunidade, designadamente através de uma maior participação na gestão e no reforço da responsabilização. Veja-se, o exemplo da CIM da Região de Coimbra com os seus 19 municípios. Estão organizados em associação para assegurar a articulação de atuação entre os municípios e organismos da administração central, adotando um modelo de gestão colaborativo e interdependente com uma assembleia intermunicipal, conselho intermunicipal, conselho estratégico e um secretário executivo intermunicipal, mantendo cada município as suas competências de autonomia administrativa e financeira.

Contributo de João Rodrigues

2. Enquadramento sistémico-organizacional

- Como ver e posicionar as ELS no sistema de saúde português, no SNS, nas unidades locais de saúde (ULS) e no enquadramento previsto na Base 9 da LBS de 2019, em sistemas locais de saúde (SLS)?

Interligação colaborativa horizontal, não hierárquica, interinstitucional

A meu ver, o melhor enquadramento sistémico-organizacional será proporcionado por ACeS com autonomia administrativa e financeira, em pé de igualdade com o nível hospitalar, colaborando e atuando ambos os níveis, estrategicamente, com base em sistemas locais de saúde (SLS).

A grande limitação das ULS é que são dominadas pela administração, pela lógica e pela cultura hospitalar e da doença, que envolve intervenções remediativas, pouco custo-efetivas numa ótica de saúde positiva, e muito mais recursos técnicos, humanos e financeiros. Não tendo uma visão de saúde, ignoram ou subestimam os cuidados primordiais de proximidade e que resolvem a grande maioria dos problemasⁱⁱ.

Não faz qualquer sentido a imposição de um modelo únicoⁱⁱⁱ de organização. Quanto às ULS, é necessário que sejam avaliadas e, enquanto existirem algumas, é essencial que internamente os ACeS tenham autonomia funcional e técnica, e ainda, poder de decisão, com base em dotação financeira específica.

“Os seus (dos SLS) mecanismos integradores e de regulação seriam: sistema de informação e comunicação de saúde; planeamento flexível, continuamente ajustado às necessidades de saúde; mecanismos de garantia de respostas à população abrangida; financiamento de base populacional ajustado por necessidades; dispositivos rigorosos de contratualização e de avaliação de desempenhos; participação e envolvimento da comunidade e dos seus órgãos. (Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Documento de trabalho - versão de 2011.11.09)

Contributo de Bernardo Vilas Boas

Um plano local de saúde pode abrir caminho para um sistema local de saúde (SLS)

Os planos locais de saúde são um instrumento de colaboração entre os diferentes atores na comunidade de uma unidade local de saúde (ULS), que na verdade são inclusivos o suficiente para contar com a participação ativa de atores do sistema de saúde para lá daqueles definidos no contexto dos sistemas locais de saúde. De certa forma, os PLS podem servir de percursos de um sistema local de saúde (SLS) efetivo, uma vez que poderão estimular o conhecimento, a colaboração e uma cultura de relação entre os atores que formam os SLS.

Contributo de Miguel Cabral

Diversidade de contextos locais e dificuldade de consensualizar estratégias comuns

Uma ELS como o próprio nome diz, deve ser de âmbito local, no entanto algumas das ULS, integram um elevado número de municípios, onde deve ser difícil consensualizar uma estratégia local de saúde comum. Cada município tem características próprias e realidades diferentes, e a sua própria estratégia municipal de saúde.

Os sistemas locais de saúde, conforme previsto na Lei de Bases da Saúde e no Estatuto do SNS, devem ser posicionados a um nível regional, integrando todos os municípios, instituições, organismos com intervenção directa e indirecta na saúde.

Atualmente a definição de nível regional não é clara. As realidades do país são muito diferentes, existem várias divisões administrativas do território, e com a extinção das ARS, a área da saúde fica com um nível intermédio de acompanhamento estratégico por definir.

Contributo de Ana Cristina Dias

Retomar o conceito / figura legal dos sistemas locais de saúde

Para se discutir abertamente e de maneira participada a reorganização do SNS, devemos partir do estipulado na atual Lei de Bases da Saúde (LBS) e na necessidade de se criarem **sistemas locais de saúde (SLS)**, Base 9 da LBS e no Estatuto do SNS (DL 52/2022, de 4 de agosto) que redefiniu os SLS.

Contributo de João Rodrigues

3. Planeamento integrado de saúde, multinível

Qual a relação entre as ELS, o PNS 2030, o SNS a nível local e o contexto comunitário intersectorial?

Relação plena, articulada e participada, partindo do nível local, de proximidade

A relação devia ser plena, articulada e participada, partindo do nível local, de maior proximidade e envolvendo todas as organizações locais da saúde e da comunidade, que influenciam a saúde.

Na construção do Plano Nacional de Saúde e dos planos locais de saúde, em interação, a liderança deve ser do Serviço Nacional de Saúde, ao nível local das Unidades de Saúde Pública, mas envolvendo os setores público, privado e social.

Participação ativa das organizações de saúde (unidades funcionais dos ACeS, hospitais, cuidados continuados, ERPI/Lares), em interação com as do poder local, da segurança social, do ensino, da habitação, culturais, recreativas e desportivas (coletividades e associações), empresariais, da restauração, do comércio (supermercados), da indústria, da agricultura e pecuária, da pesca, da comunicação social, ...

Chamo a atenção para a importância da “Medicina do Trabalho” e da “Medicina Desportiva”, mais ou menos generalizadas e obrigatórias, mas ao mesmo tempo subestimadas e esquecidas.

Em relação aos diferentes profissionais de saúde, dado o seu crescente papel na sociedade, é indispensável hoje envolver áreas como a medicina dentária, a psicologia, a nutrição, a fisioterapia e outras.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

Qual a diferença entre planeamento local comunitário e planeamento local institucional?

Os planos locais de saúde relacionam-se com o PNS, na medida em que o PNS, como produto de um planeamento tendencialmente comunitário, deverá orientar e informar, sem coartar, o planeamento comunitário de nível local.

Ainda que os atores do SNS de nível local devam, no âmbito do seu conhecimento técnico, informar a discussão do planeamento comunitário local, deverá distinguir-se o planeamento local comunitário do planeamento local institucional. Isto é, é natural que exista uma diferença entre as necessidades sentidas pela comunidade que levam ao plano local de saúde e as necessidades técnicas identificadas pelos profissionais de saúde, que não deverão ser descuradas no planeamento institucional local do SNS.

Contributo de Miguel Cabral

Necessidade de participação e envolvimento intersectorial efetivo

A articulação entre as ELS, o PNS 2030, o SNS a nível local e os contextos comunitários intersectoriais é fundamental para garantir a integração e a cooperação de políticas e de intervenções a nível local. Estas, devem visar melhorar as condições de saúde da população e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Uma ELS não deve ser apenas um conjunto ou a soma de estratégias organizacionais, mas sim, um conjunto articulado de escolhas feitas por diferentes atores em prol de objetivos comuns. Deve reunir consensos estratégicos e de cooperação intersectorial reduzindo ao mínimo a duplicação, e deve possibilitar ao mesmo tempo a otimização de todos recursos disponíveis orientando-os para os resultados desejados, para atingir a máxima sinergia e eficiência.

Contributo de Ana Cristina Dias

Para uma cultura colaborativa e participativa em saúde

O conceito de SLS que se pode inicialmente e estrategicamente aproximar-se das **comunidades de saúde intermunicipais** (CSI), projeto da atual ULS de Coimbra (maio de 2024) surge como enquadramento natural para um novo modelo de governação, dado ter como princípios estruturantes:

- A criação da rede das redes,
- Uma cultura de política adaptativa e colaborativa.

Para essa estratégia local confluirão as orientações de boas práticas que constam do Plano Nacional de Saúde, dos Programas de Saúde em curso e dos **planos locais de saúde**, incluindo os concelhos, assim como, *a área da integração de cuidados e a gestão colaborativa do percurso dos utentes*.

A primazia dada ao utente, enquanto centro da decisão advogada; a interligação funcional entre os diferentes níveis de cuidados, evidente na ênfase conferida ao papel da saúde pública, a ótica preventiva, assente na rede social existente e a colocação das tecnologias e sistemas de informação ao serviço de um entrosamento desejável entre profissionais e a comunidade servida.

O sucesso deste processo transformativo depende, em grande parte, do desenvolvimento de uma **cultura participativa e colaborativa** com os principais agentes da saúde e da comunidade.

Contributo de João Rodrigues

4. Para quê?

- Quais os propósitos e objetivos concretos e como medir / avaliar os resultados?

Partir do que existe para chegar ao que se deseja

Identificar aquilo que está a ser feito, compreender as limitações e oportunidades nas comunidades, reforçar as ações efetivas, identificar boas práticas, melhorar e interligar as ações menos efetivas e isoladas, para posteriormente desenhar as ELS, que assegurem maior efetividade das estratégias adotadas.

Contributo de Ana Cristina Dias

Mobilizar a comunidade local para atuar em benefício da saúde dessa mesma comunidade

O propósito do plano local de saúde, deve ser a mobilização da comunidade local para atuar em benefício da saúde dessa mesma comunidade. Os objetivos devem ser definidos em cada ciclo de planeamento pela comunidade, com gestão por parte do serviço de saúde pública local. Os objetivos definidos devem ter qualidade suficiente para permitir uma avaliação concreta e objetiva dos resultados pretendidos, incluindo a sua monitorização consoante os casos.

Contributo de Miguel Cabral

Propósitos essenciais

Mais e melhores anos de vida saudável, com menos incapacidades, diminuição dos fatores de risco de doença (tabagismo, alcoolismo, entre outros fatores agressores), aumento dos fatores de proteção (alimentação saudável, ocupação de tempos livres, entre outros...)

Contributo de Bernardo Vilas Boas

5. Quem?

- Quais os componentes, atores e protagonistas essenciais?

Todos devem participar

Todos intervenientes a nível local no SNS devem participar na ELS. Mas para se conseguir pôr em prática uma ELS adequada à realidade local, é necessário conhecer todo o território e garantir que todos os restantes parceiros se envolvem e que os sistemas de informação sejam interoperáveis.

Contributo de Ana Cristina Dias

Papel do serviço de saúde pública local

A gestão do processo de planeamento comunitário deve estar sob a responsabilidade do serviço de saúde pública local em grande proximidade do conselho de administração da ULS. Os atores serão os representantes das entidades orgânicas da ULS assim como representantes das principais instituições da comunidade, cuja variabilidade dependerá de cada comunidade. Os protagonistas principais tenderão a depender da comunidade, mas de forma genérica tenderão a ser os representantes das autarquias.

Contributo de Miguel Cabral

Unidades de saúde pública (USP), ACeS e unidades funcionais dos seus centros de saúde (USF, UCSP, UCC, URAP) (enquanto existirem), municípios, escolas, Segurança Social, comunicação social, organizações representativas dos trabalhadores e das empresas, entre outros.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

6. *Quais os requisitos / instrumentos-chave essenciais?*

- Quais os requisitos essenciais para que as ELS funcionem e que atributos deve ter cada um desses requisitos?

O que proporciona o progresso e a prosperidade das sociedades são os instrumentos, não são os argumentos.”

Eng.º Edgar Cardoso

Necessidade de uma gestão adequada do processo de planeamento

O essencial é uma gestão adequada do processo com o apoio concreto das principais entidades envolvidas. Não estou ainda convencido que seja necessária uma linha de financiamento específico se houver envolvimento ativo por parte das entidades essenciais ao processo.

Contributo de Miguel Cabral

Requisitos essenciais a assegurar, que devem coexistir

Deve ser acionado e desenvolvido, simultaneamente, um conjunto de requisitos e instrumentos-chave essenciais para o sucesso das estratégias locais de saúde. A falta, fragilidade ou inadequação de qualquer um deles compromete a eficácia, a eficiência do todo e das partes:

- **Lideranças colaborativas e conectividade sistémica** - Plano e programas nacionais/regionais e locais de apoio, formação contínua e avaliação formativa dos dirigentes a todos os níveis, para desenvolver competências e capacidades de governação e liderança em saúde;
- **Valorização e desenvolvimento profissional** - Com especial atenção a estratégias de retenção e atração de profissionais de saúde focados na motivação por recompensas imateriais e materiais interessantes e justas, designadamente contextos de desenvolvimento profissional contínuo ao longo da vida;
- **Sistema de informação de saúde** - Sistema de informação unificado, centrado na Pessoa e orientado para a governação em saúde – com arquitetura integrada e baseada numa interoperabilidade multidimensional inteligente;
- **Investimento – financiamento/pagamento – contratualização e avaliação** - Orientados por necessidades e objetivos | resultados de impacto na saúde - que, ao mesmo tempo, previnam e desincentivem atos e práticas inadequados, inúteis, desnecessários ou prejudiciais, e que promovam o trabalho colaborativo, em equipa;
- **Governação em saúde** - Modelo de governação e gestão integrada e participativa em saúde (clínica; organizacional; populacional; com participação e colaboração intersectorial);
- **Participação e controle social** – Com envolvimento das pessoas com e sem doença(s), organizações da comunidade e órgãos autárquicos;
- **Qualidade** – Sistema explícito e estruturado de gestão da qualidade focado nas principais dimensões da qualidade em saúde, com especial atenção ao acesso, adequação, integração e continuidade de cuidados – escrutinando e aperfeiçoando continuamente os percursos de saúde das pessoas.

Contributo de Victor Ramos

Para um novo modelo de governação em saúde

O grande desafio que hoje se coloca ao SNS com ou sem o modelo de gestão centralista de ULS é a sua capacidade de adotar um **novo modelo de governação**, capaz de gerir as “tensões / conflitos” existentes, adotando uma governação baseada no modelo colaborativo de proximidade entre o(s) centros de saúde e o(s) hospitais, o poder local e as diversas estruturas da rede social. Este modelo colaborativo de proximidade deve visar resolver qualitativamente as tensões / conflitos” entre:

- O foco na doença e a centralidade da pessoa;
- A expansão tecnológica e a evolução cultural;
- As necessidades de saúde da população e a natureza da estratégia orçamental do Estado, incluindo a fluidez da resposta (“cabimentação”);
- A rigidez da administração pública, a necessária flexibilidade das respostas, a imperiosa desburocratização e digitalização;
- As obrigações da governação e as legítimas expectativas da sociedade e das profissões da saúde.

Contributo de João Rodrigues



Figura 1 – Diagrama adaptado e atualizado a partir do Diagrama delineado no primeiro laboratório de ideias - junho de 2023 (Conferência IV – Setúbal) – com ideias desenvolvidas nos laboratórios seguintes.

7. Como delinear e implementar as ELS?

- Como podem / devem ser delineadas e implementadas as ELS?

Processo normativo com comando centralizado “*top-down*”? Processo emergente de tipo “*bottom-up*”? Processo misto flexível e adaptável, baseado nos princípios da subsidiariedade?

Deve ser um processo colaborativo

Deve ser maioritariamente um processo colaborativo, em que o *bottom-up* é orientado, mas não limitado pelo *top-down*.

Contributo de Miguel Cabral

Processo misto, flexível e adaptável

O país tem realidades diferentes, as ELS devem ser adequadas a cada local, e como tal deve ser processo misto, flexível e adaptável a cada realidade, baseada nos princípios de subsidiariedade.

Contributo de Ana Cristina Dias

Devem inspirar e ter em conta a metodologia própria dos planos locais de saúde (PLS), que é um processo flexível e adaptável.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

Garantir uma dinâmica participativa

É mandatório que sejam ouvidos os profissionais que integram os múltiplos parceiros envolvidos na elaboração e implementação das ELS. Tendencialmente a abordagem deve ser “*bottom up*”, tal como aconteceu na Reforma dos CSP há quase duas décadas, com tão bons resultados.

As opiniões expressas devem pesar efetivamente no processo de decisão. Claro que pode não ser possível conciliar todas as posições, mas ouvir não basta. Para que as pessoas se sintam envolvidas no processo, é essencial que as suas boas ideias tenham tradução prática e real na implementação das mudanças.

Um outro aspeto importante é a forma participação de todas as entidades envolvidas. Também aqui o papel da liderança é fundamental e crucial, garantindo um fino equilíbrio entre pluralidade e definição de um rumo, entre auscultação de todos e tomada de decisão. Todo este processo terá de ser assente num enorme pragmatismo: não devemos, mais uma vez, enredar-nos numa rede intrincada de reuniões e grupos de trabalho, que consomem tempo e poucos resultados originam. Tem de existir um cronograma bem estruturado, com tarefas claramente atribuídas e prazos definidos. Todos os intervenientes deverão saber qual o seu papel neste processo e o que se espera deles.

Finalmente, o ótimo é inimigo do bom. Há que sermos realistas e termos noção do nosso ponto de partida. Não raras vezes sacrificamos a hipótese real de termos alguns ganhos, com a perspectiva de atingirmos metas que, à partida, sabíamos não serem exequíveis. Esta atitude serve muitas vezes também de alibi para sermos menos exigentes: se os objetivos forem bem construídos e realistas, será muito mais difícil arranjarmos justificações caso não os atinjamos, o que faz com que tenhamos de exigir mais de nós próprios.

Em resumo, tudo se resume a garantirmos que todos os intervenientes têm a desejada autonomia acompanhada pela necessária responsabilidade. Assim, seremos capazes de concretizar os três eixos referidos: participação, pragmatismo e exigência.

Contributo de Nuno Jacinto

Como delinear e implementar?

O planeamento em saúde pode ser um processo útil para a melhoria da saúde da população, mas deve ser adaptado às exigências da sociedade moderna e da nova saúde pública. Assim, dada a complexidade dos dilemas enfrentados pelo sistema de saúde, é importante utilizar e adequar os instrumentos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde da população.

As estratégias locais de saúde como instrumentos de governança, devem ter em conta o modo como os governos e outras organizações sociais interagem, como estes se relacionam com os cidadãos e como as decisões são tomadas num mundo complexo, ao lado dos seus aspetos técnicos aparentemente mais objetivos, reforçando também a importância do carácter dinâmico e adaptativo do processo de planeamento, com a interação dinâmica e continua entre os vários elementos de planeamento.

Estas desenvolvem-se em contextos socioeconómicos específicos, a partir da definição de metas de saúde como um compromisso social, reforçando a importância do envolvimento dos parceiros nas diferentes etapas do processo que desenvolverão as suas contribuições de acordo com as suas capacidades e valores próprios, num horizonte temporal definido.

As ELS correspondem a um modelo de perspectiva populacional. Os serviços de saúde e os seus parceiros devem definir um conjunto limitado e bem selecionado de metas, em polos de alavancagem estratégica, para obtenção de ganhos em saúde. Deste modo, nascem programas de ação, que são sujeitos a monitorização e avaliação, que por sua vez vão influenciar e originar reajustes nas metas e consequentemente em todo o processo.

Deste modo, os fatores críticos para o desenvolvimento efetivo deste processo como instrumento de governança local para a melhoria da saúde consistem:

- na análise da saúde da população local, incorporando não só os problemas de saúde da população, mas também um “diagnóstico” de situação da governança local;
- na definição de metas e objetivos como compromissos sociais, reforçando a passagem da ideia de processos para resultados, a importância do envolvimento e compromisso dos stakeholders-

chave que contribuirão para a sua realização, de acordo com os seus valores e capacidades próprias;

- na seleção de intervenções e ações efetivas, com a seleção de pontos de alavancagem estratégica; partindo das iniciativas existentes, disseminando boas práticas e reforçando e direcionando as restantes;
- na identificação de recursos para a implementação da estratégia (identificando os recursos necessários para assegurar a sustentabilidade da implementação da estratégia). A análise da situação de governança de saúde local, deve incluir uma análise sistemática de dados sobre a carga da doença para o grupo populacional; bem como a análise dos esforços, iniciativas e recursos existentes para responder às necessidades.

Contributo de Ana Isabel Santos

As ELS enquanto indicador de qualidade das lideranças de saúde locais

“Pensar e agir, local e global”

As ELS são indissociáveis das políticas e estratégias de saúde de âmbito nacional, para poder maximizar os seus impactos sobre a saúde e o bem-estar da comunidade e do país, tendo em conta os recursos investidos. Permitem concretizar uma combinação inteligente e harmoniosa de processos *“bottom-up”* e *“top-down”*.

Delinear e implementar uma ELS não requer um *“diploma legal”*. Pode e deve emergir e resultar, naturalmente, de um processo prospetivo de comunicação, construção e partilha de uma visão e missão sobre a saúde de uma comunidade e dos seus membros (pessoas, famílias e grupos).

A capacidade para tecer uma rede colaborativa intersectorial e delinear *“in loco”* uma ELS é, provavelmente, o melhor indicador de qualidade das lideranças locais associadas à *“produção de saúde”* de uma comunidade local. É, talvez, a forma mais efetiva e menos dispendiosa de avaliar essas lideranças.

Contributo de Victor Ramos

8. Transformar recursos em resultados – como garantir?

- Como coordenar as interações colaborativas emergentes e conduzi-las para obter os resultados desejados?

Deve existir uma coordenação clara do processo

Deve existir uma coordenação clara do processo centrada no serviço de saúde pública local, que deverá garantir a gestão do processo de forma efetivamente participada pois apenas dessa forma será possível atingir os resultados pretendidos.

Contributo de Miguel Cabral

Transformar recursos em resultados – princípios e passos essenciais

1º - Conhecer as necessidades da população e priorizar, tendo por base critérios bem definidos.

2º - Definir um modelo de atuação baseado em cuidados comunitários de proximidade. Insistir em cuidados institucionais, porque os cuidados de cariz hospitalar consomem recursos e aumentam a despesa em saúde. É necessário ainda perceber que os cuidados de saúde primários têm potencial para lá das unidades de saúde familiar. As unidades de cuidados na comunidade (UCC) ocupam um lugar fundamental na prestação de cuidados à população vulnerável e na promoção de saúde através de programas comunitários abrangentes.

3º - Definir um plano estratégico claro na área da saúde com objetivos mensuráveis.

4º - Definir percursos clínicos dos utentes, havendo interligação com processos assistenciais integrados e envolvimento das entidades comunitárias. Apenas desta forma se conseguirá a integração de cuidados.

5º - Definir a missão e a carteira de serviços de todas as unidades, de forma a contribuir para o atingimento dos objetivos definidos. Deverão ser definidos objetivos gerais (nacionais e por ULS) e depois objetivos específicos para as unidades funcionais, que estejam alinhados estrategicamente com os objetivos nacionais e de cada ULS.

6º - O modelo de contratualização deve ser alinhado com os objetivos definidos. Importa contratualizar o plano que cada unidade funcional e cada ULS deve seguir, monitorizando os processos, as atividades e os resultados.

7º - Garantir que a avaliação de desempenho dos profissionais está alinhada com o core business e com os objetivos das unidades funcionais, das ULS e dos estabelecidos a nível nacional.

8º - Garantir que todas as unidades funcionais/serviços têm reconhecido o seu desempenho através de modelos remuneratórios de compensação. Manter as assimetrias atuais do terreno, contribui para uma gestão ineficaz de recursos e poucos resultados em saúde.

9º - Estudar e adotar medidas de estado social que acompanhem as mudanças operadas na saúde, nomeadamente percebendo os défices nas respostas sociais tais como (... residenciais para idosos (ERPI), serviços de apoio domiciliário (SAD), centros de dia, entre outros, ajustando medidas que promovem o cuidado no domicílio, como por exemplo, o estatuto do cuidador informal, que atualmente chega a poucos cidadãos de forma plena.

10º - Uma estratégia local de saúde define-se como o conjunto de metas, parceiros sociais, atividades e recursos competentes visando assegurar compromissos concretos para melhorar o estado de saúde da comunidade, num contexto de elevada complexidade. Os sistemas locais de saúde (SLS), que incluem em si as ULS, são, então, o principal instrumento para a consecução dos objetivos de saúde. Decorrido já um amplo caminho de maturação das UCC no terreno, constata-se a existência de uma grande abrangência de campos de intervenção, criando uma grande heterogeneidade nacional entre unidades, assente numa diversidade de competências legalmente atribuídas diversificando o modelo de organização e funcionamento das UCC, como gestor das comunidades locais e abonador de resultados.

Contributo de José Lima

Desenvolvimento de interações colaborativas

As interações colaborativas são coordenadas e definidas em função das estratégias, dos recursos, das metas e dos resultados do PLS.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

Papel das “Comunidades de Saúde”

A base da reorganização da intervenção local em saúde deve centrar-se no concelho (autarquia e freguesias consoante a dimensão do concelho) centrando-se no SNS na reinvenção dos centros de saúde, com a criação de um Conselho de Coordenadores de Unidades Funcionais do Centro de Saúde, e com representação | participação ativa da autarquia, freguesias e dos utentes.

Depois, acima dos centros de saúde, deveria ser criado um “órgão de gestão intermédia”, a entidade intermunicipal ou “Comunidades Intermunicipais de Saúde” (CIS), aplicando-se os critérios que forem validados por equipa técnica independente que represente a ULS, os centros de saúde e a autarquia.

Para executar isto, em primeiro lugar deveriam ser validados e fixados os critérios que justificam e sustentam a criação desta CIS, tendo em vista uma articulação e partilha mais eficiente de recursos disponíveis e, designadamente:

- O número de pessoas residentes na área proposta e dispersão geográfica.
- A estrutura dos povoamentos.
- O índice de envelhecimento.
- A acessibilidade da população à rede de urgência.
- A acessibilidade da população à rede de MCDT.
- A acessibilidade da população às suas necessidades na área da saúde mental e social.
- A acessibilidade da população ao hospital de referência.
- A acessibilidade nas comunicações e digital.
- A organização geográfica do território e as NUTS.

ESTRATÉGIA

- Conjunto coerente de técnicas específicas, organizado com o fim de alcançar determinado objectivo. As estratégias de resolução de problemas de saúde são normalmente intersectoriais.
- Amplas linhas de acção necessárias para atingir um determinado objectivo¹².
- Processo de acção global e de longo prazo que proporciona uma rede para actividades e acontecimentos²⁶.
- Linhas de acção para atingir um objectivo, que indicam os problemas que se poderão encontrar, bem como as vias para os ultrapassar²⁷.

ESTRATÉGIA DA QUALIDADE

- Extensa indicação de objectivos e intenções específicas de uma organização para a garantia da qualidade. Usualmente é produzida relativamente ao alto nível organizacional. Muitas vezes inclui indicação de estruturas da qualidade e designação de responsabilidades hierárquicas¹¹.
- Direcção e directrizes gerais orientadas para os objectivos da qualidade. Disposição e combinação de todas as forças disponíveis considerando as reacções do ambiente e da concorrência¹⁵.

ESTRATÉGIA, FASES DE ELABORAÇÃO – Na elaboração duma estratégia de saúde convém seguir as seguintes fases: estabelecimento dos critérios de concepção incluindo as limitações do contexto, listagem das actividades actualmente realizadas para resolver o problema, enumeração das actividades desejáveis, selecção de actividades possíveis, enumeração das modificações necessárias, esboço de estratégias potenciais (combinações diversas de actividades possíveis), escolha da estratégia considerada mais efectiva e possível, descrição detalhada da mesma, estimativa geral de custos, avaliação da adequação dos recursos, revisão da estratégia face ao objectivo a alcançar e eventual ajustamento do objectivo.

i
ii “... os cuidados de saúde primários (CSP) protagonizam mais de 85% das interações entre a população e o sistema de saúde, designadamente o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Deveriam por isso ser, desejavelmente, ponto de partida, ponto de coordenação e ponto de retorno de mais de 90% de todos os episódios de prestação de cuidados.” (*Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Documento de trabalho - versão de 2011.11.09*)

iii “... é necessário ensaiar e avaliar arquitecturas organizacionais flexíveis de nível intermédio, onde predominem relações de cooperação e de contratualização com compromissos explícitos entre organizações autónomas e interdependentes, organizadas em rede.” (idem)