



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Desenvolver os Planos Locais de Saúde
Reforçar o Plano Nacional de Saúde

MANUAL ORIENTADOR DOS PLANOS LOCAIS DE SAÚDE



FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde | Resenha dos Planos de Saúde:
Nacional, Regionais, Locais - Edição 2016.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016.

ISBN: 978-972-675-259-2

Planeamento em Saúde; Estratégias Locais de Saúde; Planos de Saúde; Serviço Nacional de
Saúde; Portugal Continental.

EDITOR

Direção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt / pns@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTOR

Rui Portugal

Ana Beatriz Nunes

Carla Andrade

AGRADECIMENTO

Departamentos de Saúde Pública das ARS, das Unidades Orgânicas e Programas de Saúde
Prioritários da Direção-Geral da Saúde

Lisboa, Janeiro 2017



SIGLAS E ACRÓNIMOS

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSS – Diagnóstico de Situação de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

USP – Unidade de Saúde Pública



ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO	4
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	6
2.1 Priorização dos Problemas de Saúde.....	6
4. ESTRATÉGIAS	9
5. PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO	10
6. GOVERNAÇÃO.....	11
7. PLANO DE MONITORIZAÇÃO.....	12
8. PLANO DE AVALIAÇÃO	13
9. PLANO DE COMUNICAÇÃO.....	14
10. RECURSOS E ORÇAMENTAÇÃO	15
11. BIBLIOGRAFIA	16
ANEXO.....	18



1. ENQUADRAMENTO

O Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui a orientação fundamental das políticas de saúde em Portugal, definindo o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde.

A Revisão e Extensão do PNS a 2020 (aprovada em 2015), alinhada com os princípios e orientações da Estratégia *Health 2020* da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Horizonte 2020 da União Europeia e elaborada tendo em conta as recomendações do relatório de avaliação da implementação do PNS 2012-2016 apresentado em Outubro de 2014 pela OMS para a Região Europeia, bem como a mais recente evidência disponível, pressupõe que todas as ações e intervenções do Sistema de Saúde assentem em quatro Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis.

Figura 1: Modelo Conceptual do PNS



Os quatro Eixos Estratégicos, que constituem o modelo conceptual do PNS (Figura 1), são perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde, cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência.

Por outro lado, o PNS Revisão e Extensão a 2020 constitui-se como uma plataforma que visa desenvolver e reforçar a implementação do PNS a nível nacional, regional e local. Neste contexto, importa salientar que os Planos Locais de Saúde (PLS) são instrumentos ímpares de implementação do PNS, de alinhamento com os objetivos nacionais e regionais e, como tal, devem refletir nas suas estratégias, em todas as intervenções os quatro eixos estratégicos, segundo uma abordagem intersectorial que envolva os diferentes parceiros (*stakeholders*) que têm impacto na saúde.

Os PLS devem estar alinhados com as estratégias nacional e regional, contribuindo concertadamente para o cumprimento das metas nacionais, mas devem também traçar estratégias e intervenções específicas e individualizadas, orientadas para os potenciais ganhos em saúde da comunidade que servem, promovendo o objetivo último de melhoria justa do estado de saúde da sua população.



O presente documento constitui-se como um documento de sugestão, flexível e bidirecional que pretende clarificar as linhas orientadoras para o desenvolvimento e implementação dos PLS, não os uniformizando, mas sim tornando-os uniformemente melhores.

Cabe às Unidades de Saúde Pública a nível local a responsabilidade da coordenação técnica do processo de construção, supervisão da implementação, monitorização do PLS. A avaliação do PLS deverá ser realizada a nível local, regional e nacional.

1.1 Visão

O PLS pretende, tal como o PNS, maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis. Por outro lado, pretende-se que as abordagens *Whole-of-society* e *Whole-of-government* estejam transversalmente patentes na elaboração do PLS, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas.

1.2 Missão

O PLS tem como missão:

- Identificar os problemas e necessidades de saúde da população;
- Ser quadro de referência para as políticas de saúde da comunidade, definindo estratégias para as principais necessidades de saúde da população;
- Catalisar a melhoria da saúde da comunidade, através da projeção do estado de saúde da população e da proposta de metas a alcançar;
- Ser um instrumento de governança que auxilia a gestão e a tomada de decisões dos líderes de saúde locais;
- Promover e consolidar a colaboração das distintas entidades locais de saúde;
- Integrar e articular os esforços dos parceiros (*stakeholders*) em torno de objetivos comuns, reforçando uma abordagem intersectorial e de Saúde em Todas as Políticas;
- Comunicar o estado de saúde da população, a nível interno (profissionais de saúde) e externo (comunidade);
- Assumir-se como compromisso social, incentivando os cidadãos a serem coprodutores das políticas de saúde;
- Ser um mecanismo de operacionalização das estratégias nacionais de saúde;
- Permitir a monitorização e avaliação do desempenho e desenvolvimento do Sistema de Saúde.



1.3 Valores e Princípios

O PLS partilha os valores e princípios do PNS, tendo ao nível do Planeamento Local em Saúde particular importância o envolvimento e participação de todos nos processos de criação da saúde.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) tem como intuito traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde. O DSS pretende ainda reconhecer os recursos da comunidade, incluindo Serviços de Saúde, assim como os demais sectores públicos e da sociedade civil com impacto na área da saúde. O DSS está diretamente relacionado com a função Observatório de Saúde da USP.

O DSS deve, sucinta e objetivamente, descrever:

A Caracterização da população-alvo, a nível:

- geodemográfico;
- socio-económico;

Os Problemas de Saúde da população,

- através da utilização dos indicadores de morbi-mortalidade;
- neste ponto, importa identificar os determinantes de saúde que afectam mais significativamente os problemas de saúde definidos;
- e também, identificando a utilização dos serviços de saúde;

As Necessidades de Saúde da população,

- nomeadamente as necessidades passíveis de intervenção, capazes de obter os melhores ganhos em saúde com os recursos disponíveis;

Os Recursos da comunidade,

- designadamente parceiros internos e externos, com particular relevância para a rede social, envolvidos na construção do PLS e que colaborem em cada necessidade de saúde identificada.

Cabe às respetivas Unidades de Saúde Pública (USP) a responsabilidade de elaborar o DSS, com base em indicadores de saúde, tendo em consideração os apresentados no PNS Revisão e Extensão a 2020 ([Online, pp 30] <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>), idealmente desagregados a nível nacional, regional (ARS) e local.

A etapa da elaboração do DSS é basilar para a construção do PLS, na medida em que apenas uma correta caracterização do estado de saúde da população permite satisfazer as suas necessidades e consequentemente promover uma melhoria efetiva da saúde da mesma.

2.1 Priorização dos Problemas de Saúde



A priorização dos problemas de saúde da população é da competência da respetiva USP, no entanto, é fundamental que os parceiros envolvidos na produção do PLS, sejam consultados e auscultados ao longo de todo o processo de priorização. Salienta-se que este deve pautar-se por um espírito de coprodução e de verdadeiro diálogo intersectorial, promovendo uma cultura de inclusão, em que cada setor da sociedade contribui ativamente para a construção das políticas de saúde locais.

Pretende-se que a priorização dos problemas de saúde siga as seguintes etapas:

1. Pré-seleção dos Problemas de Saúde da População

- Após a identificação dos Problemas de Saúde da População, a respetiva USP deve priorizá-los, sugerindo-se as Metodologias de Priorização apresentadas no Anexo I.

2. Primeira Consulta

- A USP submete à consideração dos parceiros a lista de Problemas e Necessidades de Saúde da população, assim como dos recursos da comunidade disponíveis. É expectável que os parceiros sugiram novos problemas de saúde.
- **Consulta Interna:** a USP ausculta os órgãos e unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Hospitais de referência local e regional, devendo incluir os órgãos de consulta externa das instituições;
- **Consulta Externa:** a USP consulta, ainda os parceiros da comunidade - forças de segurança, escolas, IPSS, Misericórdias, prestadores de cuidados de saúde, autarquias, organismos públicos e privados (ex. farmácias) de relevada importância.

3. Seleção dos Problemas de Saúde da População

- A USP elabora nova lista de Problemas de Saúde Prioritários tendo em conta o *feedback* da primeira consulta interna e externa.

4. Segunda Consulta

- A USP submete novamente à consideração dos parceiros a lista atualizada de Problemas de Saúde Prioritários, promovendo a auscultação de *feedback* segundo metodologia previamente consensualizada (Anexo I).

Seleção Final dos Problemas de Saúde da População

- A USP produz a lista final dos Problemas Prioritários de Saúde, integrando as Necessidades de Saúde prioritárias com os resultados da segunda consulta;
- Doravante, serão estes os Problemas de Saúde Prioritários do respetivo PLS, para os quais serão delineadas metas e estratégias.

No decorrer do processo de consulta dos parceiros, a USP deve garantir que todos os intervenientes compreendem:

- A definição de Problemas e Necessidades de Saúde;
- Os critérios utilizados na génese da pré-seleção dos Problemas de Saúde;
- A metodologia de priorização adotada na primeira e segunda consultas;
- A importância e responsabilidade de ordenar criteriosamente os problemas de saúde, na medida em que esta influenciará singularmente o planeamento em saúde dos diversos parceiros (*stakeholders*) envolvidos na conceção do PLS.

3. METAS



As metas definem-se como expectativas de percurso e de valores a alcançar.

O processo de estabelecimento de metas do PLS será desejável:

- Projetar tendências de indicadores;
- Criar expectativas de evolução e melhoria;
- Instituir as unidades com melhor desempenho como referência orientadora, reforçando a equidade e a diminuição das desigualdades;
- Estabelecer a meta reduzindo para 50% (por exemplo) a diferença entre o valor projetado para cada unidade e a unidade de referência;
- Definir metas com características SMART (Figura 2).

Figura 2: Características de Metas Adequadas

S	Específico	Meta é precisa e clara?
M	Mensurável	Meta é mensurável? Através de que metodologia?
A	Alcançável	Meta é realmente atingível?
R	Realista	Meta exequível com recursos e tempo disponíveis?
T	Tempo-definido	Meta limitada no tempo?

A definição de metas, ao nível do Planeamento Local em Saúde, deve espelhar os princípios e metas do PNS, ainda que adequadas à realidade local. Nesta medida, é essencial que os quatro eixos estratégicos do PNS se reflitam em cada uma das metas definidas como consta no exercício proposto na tabela (Tabela 1).

**Tabela 1:** Modelo de Implementação do PLS - Eixos Estratégicos do PNS

		META 1	META 2	...	META N
EIXOS ESTRATÉGICOS DO PNS	Cidadania em Saúde				
	Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde				
	Qualidade na Saúde				
	Políticas Saudáveis				

4. ESTRATÉGIAS

As estratégias de saúde constituem os processos e as intervenções através dos quais são satisfeitas as necessidades de saúde definidas como prioritárias.

A identificação dos problemas e necessidades de saúde, bem como dos determinantes de saúde passíveis de intervenção, idealmente já realizada no DSS, constitui um elemento capital do processo de seleção das estratégias de saúde. Este processo de seleção deve ainda considerar:

- Que um determinante pode estar associado a um ou mais problemas de saúde e, como tal uma estratégia pode intervir em mais que um determinante de saúde;
- A avaliação das estratégias com maior retorno previsível de ganhos em saúde e, portanto, que operem sobre vários Problemas de Saúde;
- A adoção de estratégias com melhor relação custo-benefício, alocando recursos às estratégias com maior retorno por custo.

Pretende-se que o processo de seleção de estratégias siga uma lógica de priorização por critérios de custo-efetividade, de incremento da equidade e de maior impacto nos ganhos em saúde.

É desejável que as estratégias definidas comprometam os diferentes parceiros envolvidos na elaboração do PLS, dando por isso primazia às estratégias que promovam protocolos formais de cooperação dos vários sectores da sociedade, numa perspetiva que reforça a visão de Saúde em Todas as Políticas.

Por outro lado, é igualmente premente que as estratégias selecionadas tenham como referenciais os quatro eixos estratégicos do PNS conforme o exercício proposto na tabela (Tabela 2).



Tabela 2: Modelo de Implementação do PLS - Eixos Estratégicos do PNS

		ESTRATÉGIA 1	ESTRATÉGIA 2	...	ESTRATÉGIA N
EIXOS ESTRATÉGICOS DO PNS	Cidadania em Saúde				
	Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde				
	Qualidade na Saúde				
	Políticas Saudáveis				

5. PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do PLS deve considerar a abordagem por ciclo de vida, na medida em que esta facilita uma compreensão integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos distintos papéis sociais que os cidadãos assumem ao longo da vida em diversos contextos (*settings*).

Para cada etapa do ciclo de vida, importa adotar as intervenções mais adequadas segundo os contextos (*settings*) em que a pessoa se insere. Os contextos (*settings*) a privilegiar variam, assim, em função do ciclo de vida, incluindo família, escola, local de trabalho, locais de lazer, transportes e unidades de prestação de cuidados de saúde. Deste modo, decisões estratégicas nas áreas da habitação, transportes, energia, planeamento do território, agricultura, educação e terceiro sector têm impacto significativo na saúde da população, o que evidencia a importância da existência de esforços concertados de todos os setores da sociedade na elaboração e implementação do PLS.

A abordagem por contextos (*settings*) reflete a necessidade de adoção de um modelo de coprodução para a saúde (Figura 3), numa lógica de Saúde em Todas as Políticas, que incorpora a Governança para a Saúde partilhada pelos diferentes setores da sociedade e a Governança da Saúde, em que a prestação de cuidados de saúde contribui para ganhos em saúde.

Figura 3: Modelo de Coprodução de Saúde

Este modelo de coprodução pretende gerar co-benefícios, através dos quais diversos setores da sociedade beneficiam mutuamente das respetivas políticas, promovendo uma maior colaboração intersectorial. As autarquias desempenham, a este nível, um papel preponderante, na medida em que assumem a liderança do bem-estar das populações e constituem-se como a plataforma naturalmente capaz de congrega todos os domínios de atuação das políticas públicas.

Para que a implementação do PLS seja efetiva é necessário que sejam construídas alianças para a saúde, entre os prestadores dos cuidados de saúde e os cidadãos, a sociedade civil e parceiros da comunidade, legitimando as intervenções e contribuindo para ganhos efetivos em saúde. A colaboração intersectorial em saúde pretende-se multidirecional e contínua, por forma a adotar eficazmente as perspetivas *Whole-of-government* e *Whole-of-society*.

6. GOVERNAÇÃO

A implementação do PLS deve reger-se por sólidos mecanismos de gestão e governação, que integrem e articulem os esforços de todos os colaboradores do PLS, utilizando distintos mecanismos de poder.

Entende-se que a governação do PLS não se restringe apenas à sua implementação ou supervisão, mas constitui sim um compromisso fundamental, quer a nível político quer a nível operacional, para a aplicação no terreno das abordagens *Whole-of-government* e *Whole-of-society* que suporte a visão de Saúde em Todas as Políticas.

Pretende-se que a governação seja a mais clara e exequível quanto possível. Deste modo, sugere-se que a estrutura de governação pode ser assente em duas equipas (Figura 4), constituídas em consenso entre os parceiros e com funções distintas.



Figura 4: Estrutura de Governação do PLS

Equipa de Acompanhamento e Monitorização

- Supervisiona a operacionalização do PLS;
- Garante que todos os parceiros envolvidos na elaboração do PLS se mantêm comprometidos com os meios para a persecussão das metas estabelecidas durante a vigência do mesmo;
- Deve reunir-se anualmente, ou sempre que haja necessidade.

Equipa Coordenadora - USP

- Coordena a implementação do PLS, através da articulação com os parceiros, preocupando-se em actualizar o DDS e o PLS;
- Assegura que os projetos na área da saúde desenvolvidos na comunidade estão enquadrados segundo referenciais do PLS.

7. PLANO DE MONITORIZAÇÃO

O Plano de Monitorização tem como função monitorizar a execução das estratégias definidas no PLS. Pretende, portanto, supervisionar os elementos-chave do desenvolvimento e da implementação do PLS. A monitorização do PLS está diretamente relacionada com a função Observatório de Saúde da USP. O apoio a nível regional deve ser atendido.

Embora o processo de monitorização se deseje dinâmico e evolutivo, é necessário que este apresente:

- Valores dos indicadores-chave que caracterizam os Problemas/Necessidades de saúde definidas como prioritários e a sua tendência evolutiva;
- Grau de cumprimentos das metas fixadas no PLS.



O Plano de Monitorização compromete o Sistema de Saúde para com ganhos em saúde, os níveis a atingir de equidade e resultados de desempenho do PLS.

A monitorização da evolução do estado de saúde da população deverá ser da responsabilidade da Equipa de Acompanhamento e Monitorização do PLS, com o apoio da USP. Neste âmbito, os contributos de todos os parceiros devem ser especialmente incentivados e valorizados.

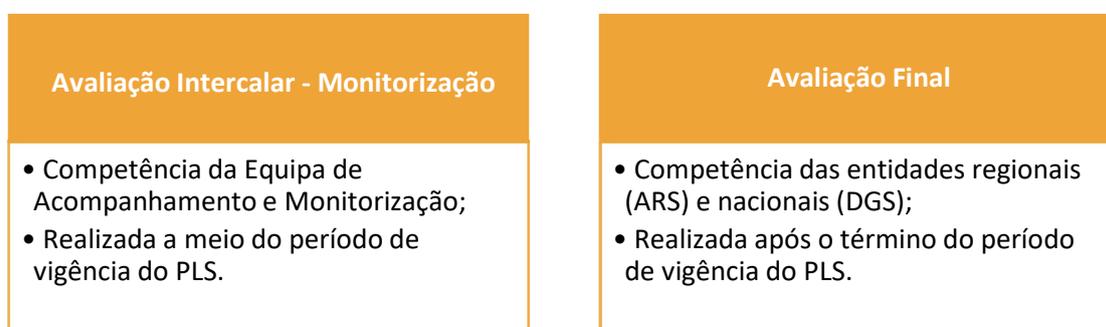
Cabe à Equipa de Acompanhamento e Monitorização do PLS produzir, anualmente, um relatório que espelhe o grau de concretização das metas no ano transato. No relatório deve constar as recomendações que permitam a melhoria da implementação do PLS, nomeadamente no que concerne à revisão de estratégias que melhor se adequem à realidade local.

8. PLANO DE AVALIAÇÃO

O Plano de Avaliação tem como intuito determinar, de forma sistemática e objetiva, a eficácia e o impacto das estratégias constantes do PLS no que se refere à satisfação das Necessidades de Saúde prioritárias. Tal como o Plano de Monitorização, também o Plano de Avaliação pretende aferir o grau de cumprimento das metas estabelecidas no PLS.

O processo de avaliação pode compreender dois momentos distintos (Figura 5), nos quais são elaborados relatórios com base em toda a panóplia de indicadores formulados no PLS. A responsabilidade do Plano de Avaliação deverá ser de entidade externa, bem como ser realizada a nível regional e nacional.

Figura 5: Momentos de Avaliação do PLS





9. PLANO DE COMUNICAÇÃO

O plano de comunicação constitui um instrumento da operacionalização do PLS.

A eficácia e sucesso da implementação do PLS requer um esforço contínuo de comunicação, não só a nível interno (profissionais e instituições de saúde), mas também externo (sociedade civil e poder local).

O plano de comunicação deve definir:

- Conteúdos e mensagens-chave a divulgar;
- Conjunto de ações a desenvolver;
- Público-alvo das ações;
- Calendarização das atividades;
- Parceiros da comunidade que possam colaborar na operacionalização do Plano de Comunicação.

As características referidas na Figura 6 devem pautar todo o Plano de Comunicação.

Figura 6: Características do Plano de Comunicação



Embora a comunicação do PLS deva ocorrer ao longo da vigência do mesmo, existem três momentos em que o Plano de Comunicação tem particular importância, nomeadamente: no início do processo de elaboração do PLS; na fase de identificação e priorização dos problemas/necessidades de saúde; e na fase de monitorização e avaliação do PLS.

Pretende-se que o plano de comunicação seja um garante da divulgação de informação em tempo útil, por forma a assegurar a participação dos distintos parceiros (*stakeholders*) na melhoria do estado de saúde da população.



10. RECURSOS E ORÇAMENTAÇÃO

A sustentabilidade do Sistema de Saúde exige a consecução de um equilíbrio satisfatório entre as Necessidades de Saúde e a capacidade de as satisfazer tendo em conta os recursos necessários.

A construção do PLS deve reger-se por uma lógica de economia de recursos – humanos, financeiros e materiais –, promovendo a adoção de intervenções com o melhor custo-efetividade, de combate ao desperdício, dos princípios de equidade e de ganhos efetivos em saúde.

Pressupõe-se que os ganhos em saúde almejados pelo PLS resultarão da melhor adequação entre os Problemas/Necessidades de Saúde sentidos e os serviços prestados, entre os recursos alocados e resultados alcançados, ou seja, do desempenho optimal do Sistema de Saúde a nível local.

Para uma efetiva implementação das estratégias estabelecidas no PLS, importa estimar os recursos e orçamento necessários para as diversas atividades, incluindo as atividades referentes ao plano de comunicação, que se deve refletir nos planos de atividades anuais. A estrutura de coordenação deverá ter os recursos necessários de modo a garantir o sucesso da implementação do PLS.

A colaboração das instituições de saúde, do sector público e da sociedade civil assume-se como fundamental no que respeita à atribuição de recursos, económicos e humanos, para o PLS, sendo importante a adoção de uma verdadeira abordagem intersectorial de Saúde em Todas as Políticas.

Nesta perspetiva, todas as instituições relacionadas com a prestação de serviços e de cuidados de saúde têm responsabilidades concretas na implementação do PLS, pelo que devem refletir nos respetivos planos de atividades e de gestão a utilização de recursos para a operacionalização do PLS. Por outro lado, as entidades municipais assumem-se como particularmente relevantes, na medida em que têm uma autonomia ímpar para implementar projetos e atividades enquadrados nas estratégias fixadas pelo PLS. Deste modo, deve ser negociado com o poder local a atribuição de verbas e capital humano que promovam a implementação do PLS.

Em suma, cabe ao Sistema de Saúde demonstrar que a melhoria do estado de saúde da população beneficia todos os setores, assim como toda a sociedade, fazendo da Saúde um recurso único e inestimável para o desenvolvimento económico e coesão social.



11. BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Norte – Departamento de Saúde Pública. *Planos Locais de Saúde: Termos de Referência para a sua construção (Parte I e II).* Porto, 2011 [Online] <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Not%C3%ADcias/Planos%20Locais%20de%20Sa%C3%BAde>

Administração Regional de Saúde do Norte – Departamento de Saúde Pública. *Identificação e priorização das Necessidades de Saúde da população.* Porto, 2011 [Online] http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/PLS Grupos Nominais DSP _ARSNorte 2011.pdf

Administração Regional de Saúde do Norte – Departamento de Saúde Pública. *Identificação e priorização dos Recursos da Comunidade.* Porto, 2011 [Online] http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/PLS Recursos Comunidade _DSP ARSNorte 2011.pdf

Associação Nacional de Municípios Portugueses (2013). *Protocolo de Cooperação entre a Associação Nacional de Municípios Portugueses e Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias Portuguesas e a União das Mutualidades Portuguesas.* Coimbra, 2013. [Online] http://www.anmp.pt/anmp/proto/2013/PROTOCOLO_COOP_solidar.pdf

Associação Nacional de Municípios Portugueses (2015). *Protocolo para o Desenvolvimento do Programa Capacitar - Iniciativa de capacitação da Administração Local para o desenvolvimento económico e social.* Coimbra, 2015. [Online] <http://www.anmp.pt/files/proto/2014-2017/ProtocoloPROCAPACITAR.pdf>

Blas E, Roebbel N, Rajan D, Valentine N. *Chapter 12. Intersectoral planning for health and health equity.* In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook.* World Health Organization. Genebra, 2016 [Online] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250221/3/9789241549745-chapter12-eng.pdf?ua=1>

Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Indicadores e Metas em Saúde.* Lisboa, 2012 [Online] <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Indicadores e Metas em Saude .pdf>

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Roteiro Estratégico para a Implementação do PNS.* Lisboa, 2013

Direção Geral de Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016,* Lisboa 2013.

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020.* Lisboa 2015.

Imperatori E, Giraldes, MR. (1993) *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.* (3ªed). Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Um Futuro para a Saúde.*



Loureiro I, Miranda N, Barbosa A. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Roteiro de Intervenção em Ordenamento do território e Estratégias Locais de Saúde*. Lisboa, 2012 [Online] http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_11_ordenamentoterritorio.pdf

National Association of County & City Health Officials. Guide to Prioritization Techniques. [Online] <http://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Gudie-to-Prioritization-Techniques.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2012). *Adressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*. Copenhaga, 2012. [Online] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/166136/UrbanDimensions.pdf?ua=1

Organização Mundial de Saúde (2013). *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhaga, 2013.

Organização Mundial de Saúde (2015). *THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH PLAN. Interim Report on the National Health Plan: Revision and Extension to 2020. Comments from WHO Europe*. [Online] http://pns.dgs.pt/files/2015/07/2015_OMS_Interim-Report-on-the-National-Health-Plan_revision-and-extension-to.pdf

Organização Mundial de Saúde (2016). *Health as the pulse of the new urban agenda: United Nations conference on housing and sustainable urban development*. Quito, 2016. [Online] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250367/1/9789241511445-eng.pdf>

Organização Mundial de Saúde. *Health at the key stages of life – the life-course approach to public health*. [Online] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/140671/CorpBrochure_lifecourse_approach.pdf

Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. *Networked Health – Best Practices of Healthy Cities*. [Online] [http://redemunicipiossaudaveis.com/files/publicacoes/Networked%20Health\(English\).pdf](http://redemunicipiossaudaveis.com/files/publicacoes/Networked%20Health(English).pdf)

Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. *Plano Estratégico Para O Desenvolvimento Da Rede Portuguesa De Cidades Saudáveis*. [Online] http://redemunicipiossaudaveis.com/files/publicacoes/plano_estrategico.pdf

Santos A, Dias C, Gonçalves C, Sakellarides C. *Estratégias Locais de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2010. [Online] <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/09/ELS.pdf>



ANEXO



Para priorização dos Problemas de Saúde referentes à primeira e segunda consultas, existem diversos métodos de consenso que podem ser aplicados. Cabe, portanto, a cada USP definir, juntamente com os parceiros, qual a técnica de priorização que mais se adequa à realidade local.

Técnica do Multi-Voto

É comumente usada quando de uma longa lista de Problemas de Saúde têm que ser selecionados apenas alguns.

Na prática:

- **Ronda 1:** dada uma lista de Problemas de Saúde, cada participante vota nos problemas que considerar mais prioritários; da nova lista constam os Problemas de Saúde que obtiveram metade ou mais votos do número total de pessoas participantes (ex: 20 participantes; 10 Problemas de Saúde são eleitos para a segunda ronda);
- **Ronda 2:** cada participante vota nos Problemas de Saúde que pense serem os prioritários, estando o número de votos limitado a metade do número de participantes (ex: se da lista atualizada constarem 10 Problemas de Saúde, cada participante tem direito a 5 votos);
- **Ronda N:** a metodologia da ronda 2 deve ser repetida até que a lista contenha o número de Problema de Saúde pretendido.

Tabela 3: Matriz de Decisão dos Problemas de Saúde Prioritários - Técnica do Multi-Voto

Problema de Saúde	Ronda 1 Número de votos	Ronda 2 Número de votos	Ronda x Número de votos
Problema A			
Problema B			
Problema C			
Problema N			

Técnica do Grupo Nominal

Esta técnica tem sido largamente usada em Saúde Pública, de modo a priorizar Problemas de Saúde através da troca de informação e de *feedback* de um grupo de pessoas.

Trata-se de um método útil nas fases precoces de priorização, altura em que geralmente é necessário produzir um número alargado de ideias num curto espaço de tempo ou quando o *feedback* de vários peritos deve ser tido em consideração.



Na prática:

- **Passo 1:** definir um grupo de pessoas, idealmente entre 6 a 20 pessoas, e eleger um moderador que terá a tarefa de liderar o processo;
- **Passo 2:** o moderador deverá esclarecer os objetivos e o método em si;
- **Passo 3:** cada um dos intervenientes deve pensar num conjunto de ideias e listá-las. Este momento deve decorrer em silêncio;
- **Passo 4:** o moderador deve solicitar uma ideia de cada pessoa e listá-la. Este passo deverá ser repetido até que todas as ideias e recomendações tenham sido enumeradas;
- **Passo 5:** o moderador condensa as sugestões semelhantes, redigindo uma lista com ideias claras e concisas, que reflitam os critérios pré-estabelecidos entre o grupo;
- **Passo 6:** cada pessoa do grupo hierarquiza de 1 (nada prioritário) a 10 (muito prioritário) os Problemas de Saúde listados e o moderador calcula os resultados;
- **Passo 7:** caso haja Problemas de Saúde empatados em termos de prioridade, o passo 6 deve ser repetido, obtendo-se a lista final de Problemas de Saúde prioritários.

Tabela 4: Matriz de Decisão dos Problemas de Saúde Prioritários - Técnica Grupo Nominal

Problema de Saúde	Ronda 1 Hierarquização	Ronda 2 Hierarquização	Total
Problema A			
Problema B			
Problema C			
Problema N			

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.

Na prática:

- **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 rastrear 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 Problema 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:

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

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 do problema

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).

Tabela 5: 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				

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.

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.

Tabela 6: 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 D				
Problema N				

No que concerne à Técnica de Matriz de Priorização podem ser considerados os seguintes critérios, com a valoração constante na Tabela 7:

- **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.

**Tabela 7:** Valoração dos Critérios de Priorização dos Problemas de Saúde

		Valor da Escala			
		1	2	3	
Critério	Magnitude	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade 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	

Considerando os critérios supracitados, a Tabela 8 poderá servir de modelo para a priorização de Problemas de Saúde a ser utilizado na consulta aos parceiros. A cada critério de priorização deverá ser atribuído a ponderação de 1/3, sendo o critério de transcendência considerado como um todo para esta ponderação.

Tabela 8: Sugestão de Matriz de Decisão dos Problemas de Saúde Prioritários

Problemas de Saúde Identificados	Critérios de Priorização			Total	Prioridade	
	Magnitude	Transcendência				Vulnerabilidade
		Social	Económica			
Problema A						
Problema B						
Problema C						
Problema N						



Outros critérios que podem ser aplicados durante o processo de priorização são:

- **Benchmarking:** prioridades definidas no PNS, no *Health2020*;
- **Critérios demográficos:** assimetrias de idade ou género;
- **Critérios geográficos:** discrepâncias regionais e sub-regionais;
- **Avaliação de riscos futuros.**



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt