

## PLANOS LOCAIS DE SAÚDE

Coimbra, IPOC-FG, 15 de maio de 2018

# RESUMO E CONCLUSÕES

**Lúcio Meneses de Almeida**

*Assistente graduado de Saúde Pública*

Departamento de Saúde Pública da ARS Centro

[LTAlmeida@arscentro.min-saude.pt](mailto:LTAlmeida@arscentro.min-saude.pt)

Decorreu no passado dia 15 de maio, no auditório do IPO de Coimbra, uma jornada subordinada aos planos locais de saúde. Destinada a médicos de Saúde Pública/autoridades de saúde e a dirigentes da rede de cuidados de saúde primários da região (designadamente, diretores executivos e presidentes dos conselhos clínicos e de saúde), teve como finalidade abordar aspetos relacionados com a “*execução e desenvolvimento de políticas de saúde comunitárias*” e, muito em particular, com a elaboração de planos locais de saúde.

A organização deste encontro coube ao Departamento de Saúde Pública da ARS Centro, através da Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde, coordenada pelo Dr Eugénio Cordeiro, Delegado de Saúde Regional Adjunto.

A **sessão de abertura** foi presidida pela Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, Dr<sup>a</sup> Rosa Reis Marques, que felicitou o DSP pela organização e salientou a importância das estratégias promotoras da saúde, a um âmbito comunitário, baseadas na “saúde em todas as políticas” (HiAP). A saúde, enquanto resultado pretendido, implica um envolvimento extra-setorial *ab initio* e a participação consequente dos parceiros comunitários em todo o processo (desde a priorização dos problemas, até à avaliação das intervenções, passando pelo desenho das estratégias).

Interveio, previamente, o Delegado de Saúde Regional do Centro e Diretor do DSP, Dr João Pedro Pimentel, que salientou a importância de uma estratégia multidisciplinar e intersectorial (“*saúde como responsabilidade de todos*”) e dos planos locais de saúde como instrumento de “governança avançada” em saúde.

Até final de 2018 pretende-se que os planos locais de saúde da região estejam elaborados ou sejam atualizados, tendo em vista a sua implementação em 2019. Esta autoridade de saúde regional salientou, ainda, o papel fundamental dos diretores executivos e dos conselhos clínicos e de saúde dos ACeS, bem como dos coordenadores das USP/delegados de saúde coordenadores.

Seguiu-se a mesa subordinada aos **planos locais de saúde, enquanto instrumentos de governação em saúde**. A primeira parte foi da responsabilidade da Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Garcia, do INSA, que abordou o **planeamento de base populacional**, centrado na população e nas suas reais necessidades em saúde.

A Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Garcia fez uma revisão dos conceitos fundamentais do planeamento em saúde e da sua história. Se o planeamento, enquanto processo, existe desde sempre, o planeamento em saúde existe desde finais dos anos 70 do século passado, por ocasião da 30<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde e da Conferência de Alma-Ata (1978). Salientou que o plano local de saúde não é um plano de atividades do ACeS, nem sequer da USP. O modelo de planeamento “virado” em exclusivo para os serviços de saúde é insuficiente, atendendo à determinação social (não-médica) da saúde.

Abordou, ainda, o planeamento em saúde no século XXI (urbanização, globalização, maiores expectativas da população...), enquadrado no desenvolvimento sustentável (integração/interseção das dimensões económica, social e ambiental).

Em suma, o plano local de saúde (PLS) é estratégico e de base populacional, terminando com as recomendações para a sua implementação. Tem como componentes essenciais, além deste último, os objetivos e cenários, bem como o plano de avaliação. Como fatores críticos de sucesso destacou a abordagem multimetodológica, a evidência científica (*evidence-based*) e o envolvimento dos *stakeholders*.

A Dr<sup>a</sup> Manuela Mendonça Felício, da ARS Norte (DSP), expôs a **experiência e os ensinamentos** da região Norte (“*o que aprendemos*”). Esclareceu que a “narrativa” da região corresponde ao somatório das “narrativas” individuais (locais), sendo que estas últimas são caracterizadas por realidades de contexto distintas. Foi descrito o percurso da região Norte/ARS Norte desde 2007 (perfil regional de saúde) até à atualidade.

Além duma boa “base de evidência” (observação em saúde), foi referida a comunicação como fator crítico do sucesso dos PLS. Há, ainda, que harmonizar procedimentos e práticas, designadamente através da elaboração de termos de referência, da realização de ações de formação e da garantia de apoio técnico.

A implementação do PLS deve ser um “compromisso social”, pelo que as cartas de compromisso local para a saúde deverão detalhar o contributo de cada parceiro comunitário. Relativamente à avaliação intercalar dos planos, pressupõe a afetação de tempo; o trabalho concertado com as diferentes unidades funcionais; a comunicação, interna e externa; o comprometimento das pessoas e das organizações; o envolvimento dos parceiros (“trabalho de proximidade” e colaborativo, designadamente, aproveitando parcerias previamente existentes).

O **ponto de vista do diretor executivo** foi objeto de apresentação pelo Dr Pedro Almeida, Diretor Executivo do ACeS do Baixo Vouga da ARS Centro. Este dirigente detalhou a realidade local, designadamente no âmbito da articulação com a CIM da Região de Aveiro e com o Conselho da Comunidade do ACeS. O ACeS do Baixo Vouga é caracterizado por realidades concelhias muito distintas, quer do ponto de vista económico, quer do ponto de vista demográfico e geográfico.

Relativamente ao papel da USP no processo decisão, esta unidade funcional foi fisicamente “elevada” para o andar da direção executiva do ACeS, tendo em vista uma maior proximidade com o Diretor Executivo do ACeS e um maior envolvimento/dotação de informação na tomada de decisão.

A **conceção e avaliação dos planos locais de saúde** foi extensamente abordada pelo Dr António Morais, assistente graduado sénior de Saúde Pública no DSP da ARS Centro e anterior (e primeiro) coordenador da Unidade de Planeamento (UP) do mesmo departamento. Foi, ainda, diretor executivo do ACeS do Baixo Mondego da ARS Centro.

Referiu o planeamento como esforço sistémico focado em resultados e no papel, da maior importância, da MGF na execução das estratégias e atividades planeadas. Fez uma breve resenha do processo de constituição da rede de observatórios de saúde da região Centro, entre 2008 (data da criação da UP) e 2011. Salientou a necessidade de garantir a autonomia dos ACeS no processo de planeamento, correspondente ao nível tático-operacional.

O PLS é um documento estratégico e de gestão local que deve ser co-participado e visar ganhos em saúde. Referiu, ainda, a necessidade de separar os PLS dos planos de desempenho e de ação dos ACeS e das unidades funcionais e de incluir no processo os municípios e restantes atores locais (setor social, setor produtivo, escolas...). Entende os perfis de saúde como “pontos de partida” para os PLS, não obstante serem “feitos em gabinetes”. A equidade e a importância de identificação de “nichos” carecendo de intervenções específicas foi outros aspetos que referiu.

O PLS não deve ser entendido como uma obrigação/documento “oco”. Deve ser transformado num instrumento válido para a governação clínica. Utilizando a analogia do processo fotográfico, referiu haver que passar da “fotografia” para o “filme”, fazendo um “zoom” para identificar especificidades locais, “focagem”, para capturar assimetrias dentro dos ACeS e “panorâmicas”, alargando todo o processo aos parceiros externos.

Seguiu-se a apresentação subordinada à **análise SWOT do plano local de saúde, na perspetiva da unidade de saúde pública (USP)** a cargo do Dr Rui Passadouro da Fonseca, Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS do Pinhal Litoral da ARS Centro e delegado de saúde do mesmo ACeS.

Referiu, dentre outras ideias-chave do processo de planeamento local em saúde, a descentralização e autonomia e a intersectorialidade. O envolvimento, precoce e consequente, da sociedade civil foi reputado da maior importância, bem como o (re)conhecimento da realidade local e a “co-produção em saúde”, plasmada no conceito de “saúde em todas as políticas” (*HiAP*).

O PLS deve ser um documento de referência da saúde local, de nível estratégico, e resultar de um processo inclusivo. Deve estar alinhado com os planos nacional e regional de saúde e deve promover o combate às iniquidades em saúde - designadamente, caracterizando os não utilizadores e identificando os determinantes da não utilização dos serviços. Além da importância da comunicação, foram referidas a monitorização e a avaliação; esta última, foi classificada como um “*imperativo de qualidade*”.

A mesa final foi subordinada ao **ponto de vista da medicina geral e familiar**. Intervieram a Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS do Pinhal Interior Norte da ARS Centro, Dr<sup>a</sup> Célia Mendes, e o Dr António Rodrigues, assistente graduado sénior de MGF do ACeS do Baixo Mondego da ARS Centro.

A Dr<sup>a</sup> Célia Mendes abordou os vários níveis de planeamento em saúde e a importância dos PLS em termos de intervenção clínica. “*A nível local é que as coisas acontecem*”.

Salientou a importância da divulgação de documentos relevantes - e sua pertinência - aos profissionais de saúde, uma vez que os repositórios digitais não facilitam o acesso (necessidade de procura expressa, não propiciando o “encontro” acidental). Há, pois, que desenvolver uma estratégia de comunicação para esse fim, promovendo a divulgação e a partilha de documentos.

*Informação-comunicação-articulação-transparência* devem ser os eixos de todo o processo de planeamento local.

O Dr António Rodrigues, médico de família de uma unidade funcional (UCSP) do ACeS do Baixo Mondego (centro de saúde de Celas - Coimbra) referiu ser fundamental o envolvimento dos parceiros locais na priorização dos problemas de saúde, em consistência com a determinação social da saúde e a estratégia da HiAP. Considera a relação entre a Saúde Pública (SP) e a MGF como um “casamento” ou como uma viagem rodoviária, “*em sentido inverso, na mesma estrada, para chegar ao mesmo fim*”.

Destacou a importância das equipas em detrimento dos “jogadores” individuais (“*quem ganha os jogos são as equipas*”) e a necessidade de aproximar a gestão da decisão, promovendo uma intervenção de proximidade. Concentrar e centralizar leva a uma perda de capacidade de execução. Por outro lado, a autonomia administrativa sem o correspondente “envelope financeiro” não é efetiva/consequente.

Os PLS são, do ponto de vista da MGF, termos de referência para a contratualização (“*microplaneamento*”). No seu entender, importa redimensionar os ACeS e proceder a uma contratualização efetiva (“*à séria*”). O microplaneamento, ao nível das unidades funcionais, é condicionado pelo facto destas últimas serem “reféns da procura e incapazes de modelar a oferta”.

Referiu, ainda, a importância da auditoria como “processo introspetivo” e não inspetivo, devendo ser realizada pelos pares (auditoria interna).

NOTA:

*O presente texto reflete o ponto de vista do relator. Está, assim, sujeito a critérios subjetivos, não obstante ter havido a preocupação de um relato o mais preciso possível.*

*Apelo, portanto, à compreensão dos preletores e à benevolência dos leitores, no pressuposto de que este resumo não corresponde à transcrição do apresentado/comunicado, mas antes ao meu ponto de vista (“*testemunho*”).*

LMA, 22 de maio de 2018