Planos Locais de Saúde como ferramentas de Promoção da Saúde

Impactos na sustentabilidade do SNS

Marco António Afonso Rodrigues

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Zélia Maria da Silva Serrasqueiro Teixeira

Coorientadora: Prof. Doutora Anabela Antunes Almeida

maio de 2020

Agradecimentos

Desde jovem que a vida me mostrou que o "caminho" nem sempre é fácil, mas sempre foi da dureza do percurso que retirei as forças para continuar a lutar, pois acredito que quando o "caminho" é difícil é porque estamos na direção certa.

O desenvolvimento desta dissertação é prova disso mesmo. Nem sempre o "caminho" foi fácil, e por isso mesmo é que desistir nunca foi uma opção.

Mas não caminhei sozinho pois, "sozinhos vamos mais rápido, mas juntos vamos mais longe".

Assim diversas pessoas merecem os meus sentidos e sinceros agradecimentos:

- Primeiramente agradeço, do fundo do coração, aos meus ídolos: os meus pais.
  Muito obrigado por sempre estarem ao meu lado e por, não poucas vezes, terem dado o "corpo às balas" para me protegerem. Sou o que sou hoje, em grande parte, graças vocês. Este passo, sendo meu, também é vosso;
- Um importante agradecimento às Professoras Doutoras Zélia Teixeira e Anabela Almeida, minhas orientadoras, pela enorme disponibilidade e empenho que demonstraram para que este trabalho fosse levado a bom porto. Muito obrigado;
- Uma especial mensagem de agradecimento e carinho à Ana Carolina, minha namorada, por me ter aturado os acessos de mau humor, tolerado os meus cansaços e incentivado nas horas mais difíceis. Basicamente, obrigado por tudo;
- Também não posso deixar de agradecer aos elementos da Soalheira Airsoft Team (S.A.T) por me terem proporcionado muitos e bons momentos de diversão e de convívio, bem como por todo o incentivo que me foram dando ao longo dos últimos 3 anos.
  Como diz o nosso lema: sempre prontos para tudo, *in omnia paratus*;
- Uma enorme gratidão para com a minha Família do Norte: a Família João.
  Uma família que não sendo de sangue, é do coração. Muito obrigado por sempre me apoiarem e sempre me incentivaram, nesta e em todos as lutas da minha vida;
- Um forte agradecimento ao Carlos Pereira, por me ter "expulso" da Cidade Invicta para que este meu objetivo de vida pudesse ser cumprido. Obrigado grande amigo;
- De agradecer também a todos os meus colegas de Mestrado, por terem sido os companheiros de muitas horas de estudo e de realização de trabalhos;
- Por último, mas não menos importante, quero agradecer aos meus colegas de trabalho. Foram incansáveis ao ajudarem-me com a gestão do tempo para estudar e trabalhar nesta dissertação.

Resumo

A Saúde é um pilar indiscutível de uma sociedade, pelo que deve ser um foco central nas políticas governamentais de cada país, existindo, na atualidade uma emergência em proteger e promover a Saúde dos cidadãos, simultaneamente com o melhor balanço económico possível. Neste sentido foram implementados recentemente em Portugal os Planos Locais de Saúde (PLS) que, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), vêm ajustar as estratégias de Promoção da Saúde nacionais àquelas que são as reais necessidades das comunidades, no sentido de melhorar os seus níveis de Saúde, com um melhor controlo de gastos. Neste sentido o ACeS Cova da Beira implementou, há cerca de 6 anos, o seu primeiro PLS, recentemente atualizado. Assim no sentido de se perceber a sua importância, funcionalidade e resultados potencialmente já obtidos, realizou-se um estudo com uma abordagem qualitativa, descritiva, dedutiva e do tipo estudo de caso, que recorreu a entrevistas a 3 gestores do referido ACeS. De forma geral, no final deste estudo foi possível perceber que apesar de se prever que investir na Promoção da Saúde pode gerar mais e melhores ganhos em Saúde e simultaneamente promover a sustentabilidade do SNS a verdade é que o percurso na sua valorização e investimento feito em Portugal ainda é muito recente, pelo que carece de tempo para que efetivamente se reconheçam resultados atribuídos à aplicação dos PLS e das premissas a eles associadas.

Palavras-chave

Planos Locais de Saúde; Promoção da Saúde; Saúde; Sustentabilidade

Abstract

Health is an undisputed pillar of a society, so it must be a central focus in the governmental policies of each country, currently, there is an emergency to protect and promote the health of citizens, simultaneously with the best possible economic balance. In this sense, Local Health Plans (LHP) were recently implemented in Portugal, which, according to General Directorate of Health, come to adjust national Health Promotion strategies to those that are the real needs of communities, in order to improve their Health levels, with better spending control. In this sense, ACeS Cova da Beira implemented, about 6 years ago, its first LHP, recently updated. Thus, in order to understand its importance, functionality and results already obtained, a study was carried out with a qualitative, descriptive, deductive and case study approach, which used interviews with 3 managers of the referred ACeS. In general, at the end of this study it was possible to realize that although it is predicted that investing in health promotion can generate more and better health gains and simultaneously promote the sustainability of the National Health Service, the truth is that the path in its valorization and investment made in Portugal is still very recent, so it lacks time for the results attributed to the application of LHP and the associated premises to be effectively recognized.

Keywords

Local Health Plans; Health Promotion; Health; Sustainability

Índice

1. Introdução 1
2. Saúde e a sua promoção 4
2.1. Conceito de Saúde 4
2.2. Conceito de Promoção da Saúde 5
3. Políticas de Promoção da Saúde e sustentabilidade do SNS 6
3.1. Outros obstáculos ao foco na Promoção da Saúde 13
4. Planos Locais de Saúde como ferramentas de Promoção da Saúde 16
4.1. Recursos e orçamentação 20
5. Plano Local de Saúde- o caso do ACeS Cova da Beira 26
6. Metodologia de investigação 30
6.1. Objetivos e questões de investigação 30
6.2. Abordagem de Investigação 30
6.3. Procedimentos metodológicos 31
6.3.1. População alvo, amostragem e colheita de dados 31
6.3.2. Procedimentos éticos e administrativos 33
7. Tratamento dos dados recolhidos 34
7.1. Conceito de Promoção da Saúde- Dimensão Saúde e bem-estar 36
7.2. Conceito de Sustentabilidade 39
8. Conclusões 48
Bibliografia 51
Anexo I- Guião de entrevista 54
Anexo II- Consentimento livre, esclarecido e informado para participação em estudo de investigação 56
Anexo III- Autorização das instituições envolvidas 59
Autorização concedida pelo Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior 60
Autorização concedida pelo ACeS Cova da Beira 61
Autorização concedida pelo Conselho de Ética da ARS Centro 62
Anexo IV- Transcrição das entrevistas 63
Entrevista A 64
Entrevista B 75
Entrevista C 80

Índice de Figuras

Figura 1- Focos a ter em conta no Diagnóstico de Situação de Saúde.....17
Figura 2- Características de Metas Adequadas..... 18

Índice de Tabelas

Tabela 1- Índice de Desempenho Sectorial (IDS) da área de Desempenho 24
Tabela 2- Conceito de Promoção da Saúde, suas dimensões e respetivos indicadores.. 35
Tabela 3- Conceito de Sustentabilidade, suas dimensões e respetivos indicadores 35

Siglas e Acrónimos

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSS- Diagnóstico de Situação de Saúde

EU- União Europeia

IDG- Indicador de Desempenho Global

IDS- Indicador de Desempenho Sectorial

OCDE- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SSP- Serviços de Saúde Pública

SSPL - Serviços de Saúde Pública Locais

UPS- Unidades de Saúde Pública

1. Introdução

O presente trabalho de investigação enquadra-se na dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde na Universidade da Beira Interior. Neste âmbito, e enquadrada na referida área de estudo surge a vontade de estudar os Planos Locais de Saúde (PLS) como ferramentas de promoção da Saúde e o seu impacto na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Contextualizando a temática em estudo tem-se que a Saúde é um pilar indiscutível de uma sociedade e do seu desenvolvimento, pelo que deve ser um foco central nas políticas governamentais de cada país. Deste modo existe, na sociedade atual, uma emergência em proteger e promover a Saúde. Investir nesta área é fundamental para que se proporcione o melhor nível de saúde possível, ao maior número de pessoas, simultaneamente com a obtenção de um melhor balanço económico.

Tal posição tem sido tomada por diversas instituições internacionais, como a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia (UE), que têm estado na vanguarda das mudanças de visão nas políticas de saúde, defendendo o seu foco na sustentabilidade e eficiência dos sistemas de saúde e no acesso e equidade da prestação de cuidados de saúde, sem descurar, a qualidade dos serviços prestados, tudo isto com base no envolvimento de todos os elementos que direta, ou indiretamente se relacionam com a Saúde dos indivíduos e populações (Silva, 2012).

Ora, tem-se que, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2016), os Planos Locais de Saúde (PLS) são, ferramentas de operacionalização do Plano Nacional de Saúde (PNS), assegurando que, na área da Saúde e bem-estar, os objetivos locais e regionais estão concatenados com os nacionais, sempre com base numa perspetiva de envolvimento de todos os *stakeholders* que, direta ou indiretamente, têm impacto ao nível da Saúde das populações. Não obstante, os PLS vêm ajustar as estratégias gerais nacionais àquelas que são as reais e concretas necessidades das comunidades, de modo a gerar uma maior acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde, o máximo de ganhos em saúde possível e claro, com um melhor controlo de gastos (DGS, 2016).

Esta associação é facilmente percebida através do seu enquadramento com a Teoria Salutogénica e da Complexidade. Os PLS, ao envolverem as próprias comunidades, incluindo profissionais de diversas áreas, cidadãos e organizações, no processo de autopromoção da sua Saúde e na resolução de problemas complexos, de forma contextualizada e direta, vão objetivamente melhorar a utilização dos recursos existentes, por diminuição do desperdício e, portanto, tendem a promover a

sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013).

Seguindo esta linha de pensamento o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS Cova da Beira) desenvolveu e implementou o seu Plano Local de Saúde 2014-2016, atualizado recentemente para os anos 2018-2020 e, segundo este, trata-se de um instrumento de gestão que direciona as atitudes e intervenções para a execução da missão do ACeS, ou seja, para a *"(...) melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao nível do acesso, da eficiência e do desempenho assistencial"* (ACeS Cova da Beira, 2018, p. 5).

Sendo os PLS ferramentas de operacionalização do PNS, estes encontram-se concatenado com os grandes eixos nele apresentado, na medida em que *"(...) aposta na promoção da saúde e prevenção da doença, no maior envolvimento dos parceiros e comunidade civil, na capacitação do cidadão, conferindo-lhe também um papel de maior responsabilidade como parceiro e parte ativa nas opções de vida saudável"* (ACeS Cova da Beira, 2014, p. 2).

Posto isto, este trabalho de investigação tem como questões de partida: De que forma o PLS do ACeS Cova da Beira se apresenta como uma ferramenta de promoção da saúde?; Quais os ganhos em saúde por ele produzido? Tem impactos sobre a sustentabilidade do SNS? De que forma?

Deste modo apresentam-se como objetivos de investigação:

- Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto aos PLS como ferramenta de promoção da saúde;
- Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto ao impacto dos PLS na sustentabilidade do SNS;
- Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto aos ganhos em saúde que consideram ter sido alcançados desde a aplicação dos PLS;
- Perceber quais as repercussões da implementação do PLS do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e monetários).

Tendo por base a própria estrutura orgânica do ACeS Cova da Beira, tem-se como população alvo deste estudo os 14 profissionais que desempenham funções de gestão no referido ACeS. Estes desempenham funções que vão desde o Conselho Executivo, passando pelo Conselho Clínico e de Saúde e ainda envolve os cargos com funções de coordenação nas 10 Unidades Funcionais que constituem o ACeS Cova da Beira. Relativamente á seleção da amostra esta é feita por conveniência, sendo proposta a participação no estudo a todos os elementos da população alvo, sendo que participarão no mesmo todos aqueles que voluntariamente, de forma livre e informada aceitarem nele participar. Acrescenta-se ainda que também a escolha deste serviço público como base

para o desenvolvimento deste estudo acontece por conveniência, na medida em que é um serviço que se situa na área de residência do investigador (Covilhã), o que facilita a recolha de dados. Da população alvo aceitaram participar 3 elementos com funções de gestão no ACeS Cova da Beira.

Como metodologia para o trabalho de investigação opta-se primeiramente por realizar uma revisão da literatura tendo por base os conceitos de Saúde, Promoção da Saúde e Sustentabilidade, desenvolvendo-se e interrelacionando-se estes conceitos a partir das teorias Salutogénica e da Complexidade. No que é relativo à investigação empírica segue-se uma abordagem qualitativa, descritiva, dedutiva e do tipo estudo de caso.

Estruturalmente, divide-se este trabalho em duas grandes partes, apresentado inicialmente o enquadramento teórico da temática em estudo, e em seguida é exposta toda a metodologia da pesquisa empírica, seus resultados e conclusões.

2. Saúde e a sua promoção

2.1. Conceito de Saúde

Tendo em conta a temática deste trabalho torna-se imprescindível a bordagem de diversos conceitos que a alicerçam, entre os quais o conceito de Saúde.

Definir o conceito de Saúde não é de todo fácil, dada a sua elevada dependência com aspetos multifatoriais. Fatores como o contexto sociocultural, ambiental, os antecedentes pessoais e os percursos que cada pessoa faz ao longo da sua vida, são determinantes no desenvolvimento do conceito de Saúde e que, simultaneamente, lhe confere uma conotação subjetiva, isto é, apesar de no ceio da comunidade cientifica se poderem apresentar diversos conceitos diferentes mas com as suas semelhanças, a verdade é que para cada pessoa a Saúde é percecionada de forma diferente (Berger, 1995; Scliar, 2007; Graça, 2015).

Não obstante, para que os indivíduos possam alcançar o máximo nível de Saúde é necessário satisfazer condições básicas de vida, tais como: paz, habitação, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Carta de Ottawa, 1986).

Comprovando esta base subjetiva dos conceitos de Saúde, que lhe confere uma heterogeneidade em torno do mesmo, pode-se salientar que, cada interveniente, na Área da Saúde (psicólogos, médicos, enfermeiros, sociólogos, entre outros), têm a sua própria definição do conceito de Saúde (Berger, 1995).

Assim sendo, poderemos apresentar diversas definições sobre o conceito de Saúde:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, e de acordo com diversos autores, definiu Saúde como *"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade"* (Pineault & Daveluy, 1986 *cit. in*, Berger, 1995; Segre & Ferraz, 1997; Scliar, 2007).

Segundo Costa & Melo (1960), Saúde é um *"estado do que é são; ausência de doença; estado normal dos órgãos; vigor; robustez"* (p. 1287).

No ano de 1986, a OMS, e de acordo com Mendes (2008), reviu o conceito de Saúde, tornando este mais amplo e de certa forma mais objetivo. Pelo que passou a designar a Saúde como:

> *"a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. Saúde é, dizem, vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não objetivo de vida".*

É de salientar que a Saúde passou também a ser *"um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção da raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais"* (Pineault & Daveluy, 1986 *cit. in*, Berger, 1995, p.108).

Contudo e de acordo com o Petit Larousse (1989) citado por Berger (1995), o conceito de Saúde foi apresentado como *"um estado daquele que está bem, que se sente bem"* (p. 108).

Continuando a analisar a diversidade de conceitos, observamos que a Ordem dos Enfermeiros refere que Saúde é *"o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto, emocional e espiritual"* (Conselho de Enfermagem, 2001, p.8).

Existem ainda outros autores, tais como Reis (2000), citado por Mendes (2008) que considera que o conceito de Saúde pode ser definido como

> *o mais alto nível de bem estar, de capacidade funcional, e de capacidade de intervenção conseguido por cada um de nós, e pela comunidade, valorizando ao máximo as nossas próprias potencialidades e enfrentando, esclarecidamente, as nossas próprias limitações e condicionalismos pessoais (psicológicos e biológicos), e também as limitações e condicionalismos ambiênciais (comunitários e ecológicos), do ecossistema que nos rodeia.*

2.2. Conceito de Promoção da Saúde

Tal como o conceito de Saúde, abordado no subcapítulo anterior, também o conceito de Promoção da Saúde assume particular importância para a temática deste trabalho. E neste âmbito a definição explanada na Carta de Ottawa (1986) assume um lugar de destaque.

Assim sendo e, segundo a Carta de Ottawa (1986),

> *A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua Saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar- se ao meio. Assim, a Saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida* (p.1).

Mais ainda é acrescentado neste documento que a Saúde ao ser um conceito de caráter positivo e que realça os "*recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas",* torna também a Promoção da Saúde não só uma obrigação do sector da Saúde mas de

todos os que a ela estão ligados, dado que carece da existências de hábitos de vida saudáveis para alcançar o bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

Para Gutierrez, M *et al.* (1997) apresentado por Buss (2000) a Promoção da Saúde é

> *(...) o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou de cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua Saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (p. 167).*

De acordo com Buss (2000), nos últimos vinte a vinte e cinco anos o conceito de Promoção de Saúde pode ser definido como:

> *uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de Saúde que afetam as populações humanas e os seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (p. 165).*

Outros autores tais como, Graça (2000) define a Promoção da Saúde como: *"uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona"* (p. 77).

Da interpretação destas definições pode-se verificar que, apesar de diferentes, estas convergem na ideia de que a Promoção da Saúde não é apenas uma tarefa individual, mas sim de todos os indivíduos, comunidades e organizações, governamentais, ou não, que tomando concertadamente atitudes positivas para a Saúde podem assim mais facilmente atingir e manter o seu bem-estar e, portanto, maiores níveis de Saúde. Reter esta noção ajudará mais à frente neste trabalho a perceber os pontos basilares dos PLS e o modo como estes são operacionalizados.

3. Políticas de Promoção da Saúde e sustentabilidade do SNS

Sendo a Saúde, um pilar indiscutível de uma sociedade e do seu desenvolvimento, esta tem de ser um foco central nas políticas governamentais de cada país.

Em Portugal, esta preocupação encontra-se, em primeira instância, contemplada na Constituição da República Portuguesa, através do Artigo 64.º. Nele está estabelecido que o direito à Proteção da Saúde é assegurado pelo Estado, através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), de caráter universal e geral, garantindo, deste modo, *"(...) o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação"* (Diário da República Eletrónico, 1976, p. 21-22).

Assim tendo por base este artigo da Constituição Portuguesa, e a Lei de Bases da Saúde, recentemente atualizada e publicada em Diário da República (2019), o Estado Português apresenta-se como responsável, em conjunto com os cidadãos e comunidades, pela promoção e defesa da Saúde Pública, estando ao seu encargo grande parte da prestação dos cuidados de saúde e a sua regulamentação, quer sejam de origem pública ou privada (Diário da República, 2019).

Como é percetível da análise desta legislação e, como veremos mais à frente neste trabalho, há uma evidente preocupação em garantir a eficácia e eficiência do sistema de saúde, tendo em vista a sua sustentabilidade, pois há um consenso geral, tal como refere Nunes (2014), de que apesar de a saúde não ter preço esta, tem custos, que têm de ser cobertos.

Surge então associado ao conceito de Promoção de Saúde o de sustentabilidade sendo que este, de um modo geral, compreende a *"(...) quantidade do consumo que pode continuar indefinidamente sem degradar os estoques de capital total*". Este conceito apresenta como dimensões, na área da saúde, a conservação e melhor utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e económicos) e o desenvolvimento social (Mikhailova, 2004, p. 28).

Sendo o Estado, responsável pela criação e implementação de políticas de saúde, este deve seguir as diretrizes constantes na Lei de Bases da Saúde, na sua elaboração e implementação. Da análise geral destas diretrizes destaca-se o estabelecimento da Promoção da Saúde e da Prevenção da Doença como pontos centrais na definição e implementação das ações especificas a implementar (Base 4), e nesta abordagem, a igualdade de acesso aos serviços de saúde e a equidade na sua distribuição assumem um papel de destaque (Diário da República, 2019).

Nestas diretrizes surgem também indicações que focam a importância de aplicar o conceito de *empowerment* na sociedade portuguesa, isto é, de capacitar e mobilizar a sociedade para a promoção da sua própria saúde, o que, como veremos mais á frente, pode ajudar a encontrar respostas para alguns problemas ao nível da Promoção e Proteção da Saúde em Portugal (Diário da República, 2019).

Como ponto de relevância, que marcou as políticas de saúde desde então, esteve em 1986, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, que começou a delinear as linhas orientadoras para a valorização da Saúde, e sua promoção e proteção**.** Tal como já neste trabalho foi mencionado, nela foi incutida uma filosofia visionária, na qual a Promoção da Saúde é tida como uma estratégia que tem por objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para cuidarem da sua saúde, de modo a atingirem e manterem o nível máximo de saúde possível (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013; Martins, 2005).
Como podemos ver esta ideia já se encontra, de grosso modo, delineada na Lei de Base da Saúde (2019), ao referir que os cidadão têm o direito "*à promoção do bem -estar e qualidade de vida (...), numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência (...)"*, (alínea l do primeiro ponto da Base 2), bem como o papel do Estado, representado pelo Governo, na criação de políticas de saúde que o incentivem (ponto 3 da Base 4) (Diário da República, 2019).
Deste modo é percetível que a Saúde passa a ser tida como um *"investimento"*, e que esta nova abordagem tende a focar-se nas capacidades coletivas e individuais, para identificar as potencialidades e os recursos existentes, mobilizando-os para a satisfação das suas necessidades. (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013) Reforçando esta visão, o relatório da "*Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*" (2010), vem reconhecer que *"(...) existe uma estreita relação entre o investimento no sistema de saúde e os ganhos em saúde e crescimento económico e que, reciprocamente, através do crescimento económico se produzem ganhos em saúde (...)"* (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013, p.25).
Assim tanto esta Comissão, como a OMS têm vindo a apelar a que o conjunto das políticas nacionais, foquem cuidadosamente a Saúde, investindo nela, tendo em conta que esta é um direito de todos, e que também é importante para a produtividade e crescimento sustentado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (OMS, 2012).
Fazendo o paralelismo com a Lei Base de Saúde (2019), pode-se verificar que também nela se expressa a filosofia de uma *"Saúde em todas as políticas"*, ao definir como fundamento para as Políticas de Saúde em Portugal*, "a promoção da saúde e a prevenção da doença (...)", e que estas devem ser "(...) consideradas na definição e execução de outras políticas públicas"* (p.57).
Olhando atentamente para o que já foi referido e fazendo uma comparação entre as recomendações internacionais e a legislação portuguesa, podemos concluir que não há grandes discrepâncias de conteúdo. Apesar disso, e segundo um elemento da Associação

Nacional de Municípios Portugueses que participou na conferência *"Comunidades, Autarquias e Saúde",*

> *Ainda que a saúde seja um direito constitucionalmente consagrado e uma responsabilidade do Estado, continuam-se a verificar fortes estrangulamentos no acesso à saúde; existe uma evidente diminuição da oferta dos serviços de saúde junto das populações... estando os municípios limitados nas suas ações* (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013, p.28).

Esta discrepância entre aquilo que está previsto na legislação e aquilo que é percecionado pela população, pode, de algum modo ser explicado, através da contextualização com o cenário político, social e económico-financeiro nacional e internacional. É, portanto, do conhecimento geral que, na atual conjuntura portuguesa, a par do que acontece nos restantes países europeus, se vive um período de instabilidade aos mais variados níveis. Das informações que todos os dias nos chegam é possível perceber que de um modo geral, há um desacelerar da economia, aleado a um nível de dívida pública elevadíssimo, que em 2019, segundo o portal Pordata (2020), se situava em aproximadamente 117,7% do Produto Interno Bruto (PIB), o que deixa os sucessivos governos sem grande margem de manobra para investimentos profundos no setor da saúde. Valor tão elevado de défice público leva também os sucessivos governos a manter uma carga fiscal relativamente elevada. Se a tudo isto juntarmos uma taxa de desemprego apreciável (6.3 % no 2º trimestre de 2019), segundo o INE (2019), é previsível que se crie algumas dificuldades socioeconómicas numa grande porção de cidadãos e famílias, o que pode comprometer a satisfação de necessidades básicas, como por exemplo a alimentação (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013). Assim esta realidade vivida pela população, que também enfrenta o envelhecimento demográfico, aliada ao facto de os sucessivos governos não apostarem devidamente na Proteção e Promoção da Saúde, contribui para a emergência contínua de novas problemáticas.

É, portanto, percetível que em Portugal, a filosofia do estado-providência, tenha vindo progressivamente a sofrer algumas alterações, principalmente no que toca às políticas de saúde, pois esta é uma das áreas com maior peso ao nível das despesas sociais, tendo repercussões sobre todos os cidadãos e ao longo de toda a sua vida (Silva, 2012).

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, é necessário perceber também que, a Saúde tem particularidades que não devem ser desprezadas, nomeadamente o facto de este ser um "universo" com elevada inovação, seja esta tecnológica, procedimental e/ou terapêutica, e que envolve uma grande necessidade de financiamentos avultados (Silva, 2012).

Deste modo os sucessivos governos têm-se deparado com o contínuo crescimento das despesas neste sector social, prevendo-se que, em 2018, segundo o INE (2019), possa ter atingido os 9,1% do PIB. A verificar-se, este será o crescimento mais elevado desde 2008 (5,1%) (INE, 2019).

Este cenário, enquadrado na já avultada dívida portuguesa, pode pôr em causa a sustentabilidade do Sistema de Saúde Português. Refletindo esta preocupação, e de acordo com Saltman (1994), citado por Silva (2012), as políticas de saúde têm, na sua essência, manifestado a vontade de garantir a sustentabilidade do sistema, reestruturando o papel do Estado no financiamento, regulação e prestação de cuidados de saúde. Mais ainda, este cuidado já se encontra refletido na Lei de Bases da Saúde recentemente reformulada, ao referir que o SNS deve pautar-se pela "*sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis*" (Diário da República, 2019, p.61).

Como acabamos de referir, diversas políticas de saúde têm refletido estas preocupações, nomeadamente a *"(...) separação entre financiamento e prestação dos cuidados (...)"*, através, por exemplo, do estabelecimento de contratos entre o estado e os hospitais públicos e a gestão por objetivos; a implementação de um mercado interno, com regulação estadual, promovendo a "competição" entre os prestadores públicos e entre estes e os privados; o estabelecimento de parcerias com os cuidados de saúde privados, sejam estas de concessionamento ou não, com o objetivo, por exemplo, de acelerar a diminuição de listas de espera; e a objetiva contenção de custos, como por exemplo, o recurso á diminuição das comparticipações em fármacos (Silva, 2012).

Mas apesar destas alterações, o Sistema Nacional de Saúde, mantém-se um sistema de caráter público, sendo o estado um prestador de serviços de saúde e proprietário de parte significativa do sistema (Silva, 2012).

Todas estas novas formas de abordar as políticas de saúde em Portugal, têm tido como pano de fundo a posição de diversas instituições internacionais, como a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Europeia (UE), que têm estado na vanguarda das mudanças de visão nas políticas de saúde, defendendo a sua focalização para a sustentabilidade e eficiência dos sistemas de saúde, para o acesso e equidade da prestação de cuidados de saúde, sem descorar, a qualidade dos serviços (Silva, 2012).

Mas apesar de todos estes esforços para responder às necessidades da população de forma sustentada, ainda são bastante evidentes as dificuldades de resposta por parte das instituições governamentais centrais (Ministério das Finanças, Segurança Social e Ministério da Saúde), aos problemas locais, em especial aos relacionados com a Saúde.

Segundo Harry Burns, Diretor-Geral da Saúde da Escócia, o problema não está apenas na falta de articulação das políticas nacionais e dos prestadores de serviços de saúde, mas também no modo de pensar saúde em Portugal, na medida em que a abordagem dos problemas de saúde ainda é muito focada na doença e no seu tratamento, referindo que há *"uma obsessão pela patogénese em detrimento da salutogénese"* (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013, p. 28). Servindo de base para esta mudança de pensar a Saúde está a Teoria Salutogénica de Aaron Antonovsky a qual, segundo Graça (2015, p.8), "*propõe que se dê ênfase aos fatores que promovem ativamente a saúde*", centrando-se "*(...) nas pessoas, no seu contexto, recursos e potencialidades*". Neste sentido o nível de Saúde é resultado das ações dos indivíduos na gestão dos recursos, sendo estas determinadas pelo *sentido de coerência*. Este é definido

> *(...) como uma orientação global que define a capacidade dos indivíduos de: Encararem os estímulos internos ou externos como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão); Terem ao seu alcance os recursos para satisfazerem as exigências dos estímulos (capacidade de gestão); Empenharem-se na utilização dos recursos e na resolução dos acontecimentos (capacidade de investimento)* (Antonovsky, 1996 *cit. in*, Graça, 2015, p.8).

Tem-se, portanto, que o *sentido de coerência* funciona como promotor de uma melhor capacidade dos indivíduos para enfrentar os fatores adversos para a Saúde (resiliência), tornando as intervenções mais eficientes (Graça, 2015).

Deve, portanto, e seguindo os pressupostos teóricos da Teoria Salutogénica de Aaron Antonovsky, haver uma mudança de paradigma na abordagem em Saúde, devendo a atenção ser direcionada para montante dos problemas, isto é, intervir ao nível dos determinantes da saúde, com vista à diminuição de fatores e condições de risco e maximizar os recursos locais (Torrati, Gois, & Dantas, 2010).

Loureiro, Miranda, & Miguel (2013), defendem uma abordagem profunda dos diversos problemas que o país enfrenta ao nível da saúde, devendo-se apostar na adoção de políticas e intervenções que fomentem a resiliência social e a criação de infraestruturas que a alicercem, em vez de tentar responder superficialmente a problemas agudos, que no final implica um maior gasto de recursos.

A chave para estes problemas poderá estar na descentralização de meios e competências, tal como, mais uma vez está previsto tanto no artigo 64º, da Constituição Portuguesa, como nas bases 20 e 22 da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), ao referirem respetivamente que *"o serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada"* e que *"(...) tem organização regionalizada e uma gestão descentralizada*

e participada", acrescentando ainda que "*a organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear -se em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa*".

Assim o Poder e as organizações locais deverão ter um papel preponderante nos processos promotores do bem-estar da sua população, estimulando dentro das comunidades, a criação e implementação de programas de atuação direcionados e contextualizados com as realidades vividas.

Nesta medida, e na atualidade, as Grandes Opções do Plano para 2016-2019, na área da Saúde, refletem esta preocupação.

Assim com o grande objetivo de reorientar as políticas de saúde em Portugal no sentido de uma maior eficácia e eficiência é, nas Grandes Opções do Plano para 2016-2019, apresentada a intenção de *"implementar os Planos Locais de Saúde em cumprimento do Plano Nacional de Saúde"* e de realizar uma *"(...) reforma dos cuidados de saúde primários (...)"*, recorrendo em parte à *"expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários"*, demonstrando assim um enfoque na proximidade e na facilitação do acesso aos serviços de saúde (Assembleia da República, 2016).

Refletindo também esta necessidade de alterar as abordagens de atuação em Saúde, surge o Plano Nacional de Saúde (PNS), o qual foi revisto e estendido a 2020, em maio de 2015.

Para a implementação do PNS são enunciados quatro grandes *eixos "(...) que devem estar refletidos em todas as ações e intervenções do Sistema de Saúde e em todos os setores com impacto na saúde"*: *"cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis"* (DGS, 2015, p. 13).

Da análise dos eixos estratégicos neste PNS pode-se concluir que estes reforçam o que já foi dito anteriormente neste trabalho, na medida em que o cumprimento das metas estabelecidas é responsabilidade de todos os agentes e setores do sistema de saúde, *"(cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, organismos públicos e privados, administração direta e indireta do Estado, instituições com ou sem fins lucrativos)"*, que interligando-se entre si, devem promover o acesso e equidade, a qualidade, e a sustentabilidade do sistema de saúde, para assim *"maximizar os ganhos em saúde"* (DGS, 2015, p. 13).

Olhando para esta abordagem, de certo modo subentendem-se as bases da Teoria da Complexidade de Edgar Morin, na medida em que ao se ter noção da grande complexidade das realidades em Saúde, percebendo-se a sua multidimensionalidade e reconhecendo-se *"(...) o jogo das interações e retroações (...)",* melhor capacidade haverá para abordar os problemas, e neste caso, o PNS tenta alavancar os diversos recursos

existentes, também eles complexos e multidimensionais, para a resolução de problemas complexos vividos pelas comunidades (Arruda *et al.*, 2015, p.170).

3.1. Outros obstáculos ao foco na Promoção da Saúde

Na literatura enfatiza-se que, investir em Saúde Pública é sinónimo de proporcionar o melhor nível de saúde ao maior número de pessoas possível, de forma a obter-se o melhor balanço económico possível (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004).

É do conhecimento geral que os sistemas de saúde têm enfrentado um aumento de custos, contudo, não podemos descurar que o financiamento de atividades relacionadas com a Proteção e Promoção da Saúde deve ser encarado como um investimento e não como uma sobrecarga adicional de custos. A principal razão deste fator incide sobre o facto destas atividades refletirem um impacto positivo, tanto direto, como indireto, na economia e no bem-estar das comunidades e indivíduos, sobretudo a longo prazo. Este impacto positivo pode ser revelado através de retornos financeiros também eles positivos, como a redução do absentismo e dos custos com os cuidados de saúde de âmbito curativo, entre outros (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004).

Contudo, a falta de investimento em Proteção e Promoção da Saúde é ainda uma problemática nos dias de hoje. Uma forma de explicar esta realidade pode estar, muito provavelmente, relacionada com aspetos socioculturais. As intervenções sobre os determinantes da saúde, tais como as que visam a mudança de estilo de vida são um dos principais objetivos da Proteção e Promoção da Saúde. Estas intervenções tentam desencadear mudanças comportamentais, que temos que ter em conta que, de um modo geral são um processo moroso e complexo (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004).

Tal como se acaba de referir, os resultados de uma intervenção a este nível são, na maioria das vezes, só visíveis a longo prazo e, perante os fundamentos da sociedade atual, esta visão não se coaduna com as expetativas, caraterizadas pelo imediatismo e pela obtenção de resultados *"in locco"*. Perante estas condicionantes é fulcral que se compreenda que, as medidas que visam a Proteção e a Promoção da Saúde, não têm um impacto nem uma visibilidade imediata na vida da população como têm, por exemplo, os atos médicos de cariz curativo. A título de exemplo, podemos constatar que uma intervenção em programas de saúde direcionados para a infância ou adolescência de um grupo de indivíduos, muito provavelmente só irá ter repercussões na saúde dos mesmo numa idade mais avançada (incapacidade, ausência de doença, melhorias significativas, capacidade funcional, entre outros). Ou seja, estes resultados podem demorar algumas décadas a serem visíveis, sendo que a confirmação do sucesso ou insucesso das intervenções só poderá ser traduzida após esse espaçamento temporal (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004).

Como é lógico a implementação de ações de Proteção e Promoção da Saúde induzem a necessidade de se justificar a alocação de recursos, que deve ter como base o estabelecimento de objetivos, assim como um painel de indicadores que permita a monitorização das estratégias delineadas inicialmente, utilizando sempre as bases de evidência como suporte para a ação (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004).

"É legítimo questionar a base de evidência que sustenta o investimento em programas de Promoção da Saúde", uma vez que, os decisores pela alocação dos recursos neste tipo de ações têm a necessidade de se basear em dados concretos, a fim de existir uma avaliação e monotorização permanente e ajustes adequados às necessidades efetivas. É intuitivo que o objetivo central deste investimento é a melhoria da Saúde da população e, perante isto, é necessário traduzir os resultados destas intervenções em melhorias permanentes e sustentadas dos indicadores de saúde e, simultaneamente, promover uma maior racionalização da utilização dos serviços de saúde (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004).

Outra questão fundamental que se coloca neste processo, é a forma como a Proteção e Promoção da Saúde chega aos vários atores envolvidos: utentes/ doentes, cidadãos, órgãos decisores e outros *"(...) no sentido de ser socialmente entendido como uma necessidade"*. Segundo a literatura não existem dúvidas de que há ganhos de saúde a longo prazo, através deste investimento em ações de Proteção e Promoção da Saúde. Mas, este tem sido de certo modo desvalorizado por situações do dia-a-dia, como por exemplo, as enormes listas de espera para cirurgias, as debilidades das urgências hospitalares, entre outros, no que diz respeito à organização do sistema de saúde, mas também por parte dos cidadãos com a desvalorização do fator saúde no quotidiano, expresso em comportamentos de risco ou estilos de vida pouco saudáveis. Ou seja, existe uma parca consciencialização para a Proteção e Promoção da Saúde individual (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004).

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente é percebível que uma possível forma de produzir mais ganhos em Saúde de forma sustentada em Portugal poderá passar, em primeiro lugar, pela mudança de mentalidade de todos os que influenciam e são influenciados pela Saúde. Mudanças estas, e segundo os autores consultados, deverão repercutir-se num investimento no estudo e compreensão da enorme complexidade das realidades em Saúde e dos meios e capacidades nacionais e regionais instalados (literacia da população, infraestruturas, programas de promoção da Saúde, equidade e acesso aos cuidados de Saúde, etc.). Entendendo-se a complexidade multidimensional que são as realidades em Saúde é possível desenvolver e implementar intervenções que promovam ativamente a Saúde de forma mais eficaz e eficiente. Tal como tem vindo a ser preconizado pelas mais recentes *guide lines,* uma boa forma de

abordar a complexidade das realidades em Saúde é estudá-las e avaliá-las concreta e especificamente, ou seja, regionalmente, obviamente contextualizando-as com o panorama Nacional. Sendo assim as intervenções gerais nacionais poderão ser, de forma planeada, adaptadas às realidades concretas e especificas de uma determinada comunidade, fazendo uso das capacidades e recursos existentes, havendo assim melhor eficácia e eficiência do processo de promoção da Saúde e, portanto, na melhor produção de ganhos em Saúde. Sabendo-se que há *"(...) uma estreita relação entre os ganhos em saúde e crescimento económico e que, reciprocamente, através do crescimento económico se produzem ganhos em saúde",* pode-se depreender que promover a Saúde especificamente ao nível regional pode ter um papel importante na sustentabilidade do sistema de Saúde (Loureiro, Miranda, & Miguel, 2013, p.25).

Tendo tudo isto em conta têm-se desenvolvido estratégias que caminhem neste sentido, nomeadamente o desenvolvimento e implementação de PLS que seguem a necessidade de apostar na Promoção da Saúde e Prevenção da doença, primando por uma maior capacitação, um maior envolvimento e um mais desenvolvido dinamismo dos *stakeholders* no sentido de estes desenvolverem recursos e alavancarem os já existentes para evitar o processo de doença através da promoção da sua Saúde.

4. Planos Locais de Saúde como ferramentas de Promoção da Saúde

Como já foi enfatizado, uma abordagem em Saúde focada na sua promoção tem por base o envolvimento de todos os elementos que direta, ou indiretamente se relacionam com a Saúde dos indivíduos e populações, no sentido de proporcionar "*(...) a melhoria das condições de bem-estar e que permitam à população maior controle sobre sua Saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo*" (Gutierrez, M *et al.,* 1997 *cit. in* Buss, 2000, p. 167).

Neste sentido, tem surgido a vontade de implementar os PLS. Estes apresentam-se como ferramentas de operacionalização do PNS, asseguram que os objetivos locais de Saúde estão concatenados com os Nacionais, uma vez que as suas estratégias e intervenções deverão refletir os quatro grandes eixos constantes no PNS, *"cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis"* (DGS, 2015, p. 13). Refletindo esses mesmos eixos, a atuação dos PLS ocorre sempre com base numa perspetiva de envolvimento de todos os *stakeholders* que têm impacto ao nível da Saúde das populações, sejam estes internos (unidades funcionais de cuidados primários e Hospitais) e externos (IPSS, forças de segurança, escolas, autarquias, etc.). Noutras palavras, os PLS perspetivam abordagens do tipo *Whole-of-society e Whole-of-government*, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas (DGS, 2016).

Não obstante, os PLS vêm ajustar as estratégias gerais nacionais àquelas que são as reais e concretas necessidades das comunidades, de modo a gerar uma maior acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde, o máximo de ganhos em saúde possível e claro, com um melhor controlo de gastos (DGS, 2016).

Percebendo já as bases dos PLS importa também conhecer como são desenvolvidos, implementados e monitorizados, permitindo assim ter-se um melhor entendimento não só da complexidade dos mesmos, mas também do seu grande potencial no que toca á Promoção da Saúde das comunidades a que são dirigidos.

O desenvolvimento dos PLS é responsabilidades das Unidades de Saúde Pública locais (USP), sendo a sua avaliação uma tarefa de todos os níveis de responsabilidade envolvidos (local, regional e nacional) (DGS, 2016).

Apesar de cada PLS estar afeto às respetivas comunidades, a verdade é que têm uma missão geral comum e que importa destacar. Deste modo e tal como consta no Manual de Orientador dos Planos Locais de Saúde, os PLS têm como missões identificar os problemas e necessidades de saúde das populações às quais estão afetos, estabelecendo orientações para as políticas de Saúde comunitárias de modo a que as estratégias de

abordagem e as metas a alcançar sejam contextualizadas e adequadas à realidade vivida (DGS, 2016).

Pretendem também ser um importante instrumento de governança com capacidade de apoio à gestão e à tomada de decisão e que promova a integração e articulação dos esforços dos *stakeholders* para alcançar os objetivos/metas comuns, reforçando-se assim *"(...) uma abordagem intersectorial e de Saúde em Todas as Políticas"* (DGS, 2016, p.5).

Tendo por missão ser um apoio à gestão e à tomada de decisão é consequentemente também um objetivo dos PLS "*permitir a monitorização e avaliação do desempenho e desenvolvimento do Sistema de Saúde",* constituindo-se também como um meio de divulgação do estado de Saúde da população, tanto ao nível interno (profissionais de saúde e demais órgão de gestão em Saúde), como ainda ao nível externo (comunidade) (DGS, 2016, p.5).

No sentido de melhor se perceber o que são os PLS importa destacar as suas diferentes etapas, para que estes tenham o máximo de impacto positivo no nível de Saúde da população a que se destina.

Uma fase importante do desenvolvimento dos PLS é a realização de um adequado Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS). Este ponto inicial visa estabelecer 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."* Mais ainda é nesta fase que se identificam os recursos existentes na comunidade que têm impacto, direta ou indiretamente na sua Saúde (DGS, 2016, p.6).

No sentido de melhor compreender a fase de Diagnóstico de Situação de Saúde apresenta-se em baixo uma figura que reflete os focos a ser identificados e descritos nos PLS (vide figura 1).

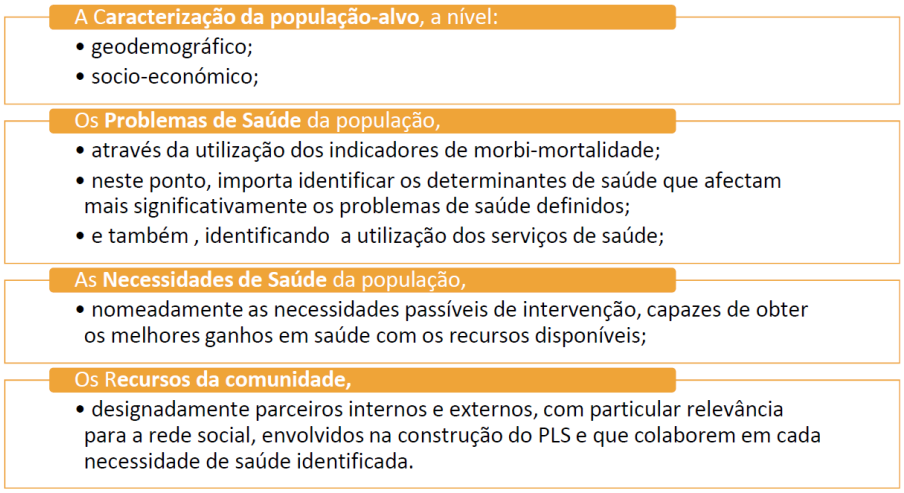

Figura 1- Focos a ter em conta no Diagnóstico de Situação de Saúde

Fonte: DGS, 2016

Um correto e adequado levantamento e descrição do estado de saúde de uma população e dos recursos que esta apresenta, assume um papel de especial relevância, pois desse modo torna-se possível intervir de forma concreta e precisa nas suas necessidades, com vista à melhoria da sua saúde.

Incorporada na etapa de estabelecimento dos diagnósticos de saúde surge a necessidade de se priorizar os problemas de saúde, onde uma abordagem do tipo *Whole-of- society e Whole-of-government* assume um papel preponderante. Neste ponto preconiza-se que haja duas consultas dos diversos *stakeholders* que têm impacto ao nível da saúde das populações a fim de melhor priorizar os problemas e necessidades reais e concretas da população. Priorização esta que servirá de base para a projeção de metas e estratégias de reversão e até de resolução (DGS, 2016).

Realizado o Diagnóstico da Situação de Saúde é necessário definir os objetivos a alcançar com uma perspetiva de evolução e melhoria contínua, devendo estas apresentar atributos SMART, que é o acrónimo dado para as características, em língua inglesa, das metas estabelecidas, devendo estas ser especificas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e ter um tempo de execução definido (DGS, 2016). Para melhor sistematizar as características SMART que deverão estar contidas nas metas apresenta-se a figura 2.

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?

Figura 2- Características de metas adequadas

Fonte: DGS, 2016

Para além destes atributos que as metas devem respeitar, estas devem também refletir os objetivos e orientações do PNS, em particular os seus quatro eixos estratégicos, apesar de estarem contextualizadas com a realidade local (DGS, 2016).

Realizado o DSS e definidas as metas a alcançar é imperativo "desenhar o caminho" e o modo como esse "caminho" será percorrido é, portanto, impreterível estabelecer os métodos e as intervenções que permitam alcançar as metas previamente estabelecidas e satisfazer as necessidades de saúde já priorizadas.

Estabelecer as estratégias de saúde constitui-se como uma tarefa complexa que deve compreender que cada determinante de saúde pode estar relacionado com vários

problemas de Saúde, o que pode implicar que cada intervenção/ estratégia possa ter repercussões em vários determinantes e que se deve priorizar medidas interventivas que se prevejam poder produzir maior retorno em ganhos em saúde com o menor custo possível, ou seja, com melhor relação custo-benefício. Seguindo a linha já várias vezes mencionada neste trabalho é de especial importância que as estratégias adotadas envolvam os diferentes parceiros da comunidade, privilegiando-se intervenções promotoras de maior cooperação intersectorial, pois desta forma poder-se-á chegar a mais pessoas e intervir mais profundamente nos problemas (DGS, 2016).

No que á implementação dos PLS diz respeito, e tendo por base o Manual Orientador dos PLS, estes devem ser implementados segundo uma abordagem por ciclo de vida, uma vez que assim poder-se-á ter uma perspetiva mais integrada dos problemas de saúde priorizados para cada grupo etário, bem como da evolução dos papeis que os cidadãos assumem ao longo da sua vida no panorama social (DGS, 2016).

Deste modo é possível, para cada etapa do ciclo de vida, adotar medidas mais contextualizadas com a realidade em que as pessoas se inserem, uma vez que diferentes realidades/ contextos variam em função da fase do ciclo de vida (DGS, 2016).

Uma vez que os PLS se apresentam como parte integrante de uma nova filosofia de abordagem em Saúde que se quer, pelas tendências da literatura consultada, que seja mantida e desenvolvida, é necessário desenvolver também planos de monitorização e avaliação sistemática.

Neste processo de monitorização e avaliação importa ter em conta que os PLS, ao terem um caráter evolutivo e dinâmico, implica que estas também sejam características que estejam implícitas nesse mesmo processo. Não obstante é necessário ter algum grau de objetividade nesta monitorização e avaliação, pelo que nele devem constar os *"valores dos indicadores-chave que caracterizam os Problemas/Necessidades de saúde definidas como prioritários e a sua tendência evolutiva e o grau de cumprimentos das metas fixadas no PLS"* (DGS, 2016, p. 12).

Outro aspeto importante da operacionalização dos PLS é o seu plano de comunicação, ou seja, o plano a partir do qual os PLS são dados a conhecer a todos os *stakeholders*. Percebendo-se que um dos grandes pilares destes planos é a participação comunitária, é de fácil compreensão a necessidade de uma boa divulgação e contínuo fluxo de informação na comunidade, na medida em que estes podem ser fatores determinantes na sua cooperação, quer na elaboração dos documentos, quer na operacionalização dos mesmos e, portanto, no cumprimento dos objetivos traçados que, na prática, consubstanciam a satisfação das necessidades da população.

Neste sentido o plano de comunicação deve elucidar: "*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" (DGS, 2016, p. 14).

4.1. Recursos e orçamentação

Como já foi exposto neste trabalho os PLS ao apresentarem-se como ferramenta de governação com forte potencial de apoio à gestão e à tomada de decisão e sabendo-se que a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde obriga a uma maior exigência no equilíbrio entre as Necessidades de Saúde e a capacidade de as satisfazer, tendo em conta os recursos existentes, o desenvolvimento dos PLS devem orientar-se para 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* (DGS, 2016, p. 15).

Neste âmbito, destaca-se a importância que a gestão dos recursos existentes e a orçamentação têm nos dias de hoje, em particular na área da saúde. Atualmente verifica-se um quadro socioeconómico Nacional e Internacional não muito favorável e que, portanto, exige das administrações que têm implicações na área da Saúde, sejam estas centrais, regionais e locais, um foco na boa gestão dos recursos existentes.

Deste modo é importante que se estabeleça os recursos e orçamento para todas as atividades inerentes ao PLS e que a alocação de recursos, económicos, materiais e humanos, inclua a participação das instituições de saúde, sejam estas públicas e/ou privadas, bem como outras instituições da sociedade civil, que na prática consubstanciam uma verdadeira abordagem intersectorial (DGS, 2016).

Tendo isto em conta e, focando o Manual de Orientador dos Planos Locais de Saúde, as autarquias apresentam-se com especial relevância, tal como já foi referido neste trabalho, na medida em que *"(...) têm uma autonomia ímpar para implementar projetos e atividades enquadrados nas estratégias fixadas pelo PLS"*. Esta relação de cooperação que é preconizada pressupõe, portanto, que haja negociações com as autarquias locais para a atribuição de recursos das mais diversas ordens para que se efetive a operacionalização dos PLS (DGS, 2016, p. 15).

Não obstante, os Serviços de Saúde Pública, no sentido de gerarem ganhos em saúde com o melhor balanço económico possível têm, em conjunto com a tutela, feito um esforço visível para caminhar neste sentido. Neste quadro de gestão dos recursos e orçamentação inerentes aos PLS assume particular relevância o novo modelo de contratualização dos das Unidades de Saúde Pública (USP), que teve início no ano de 2018. Estes têm como

função a melhoria dos níveis de saúde e bem-estar de toda a população da área geodemográfica do ACES/ULS em que se inserem, pelo que

> *(…) intervêm junto da população na proteção e promoção da saúde, bem como na prevenção da doença, através da observação, vigilância e controlo de eventos suscetíveis de pôr em causa a saúde e da conceção, gestão, desenvolvimento, e acompanhamento de programas e projetos de saúde, desenvolvendo e implementando os Planos Locais de Saúde (PLS), no quadro do Plano Regional de Saúde (PRS) e do Plano Nacional de Saúde (PNS) (…)* (Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, 2017, p. 1*).*

Portanto, este novo modelo de contratualização e reorganização das USP vai permitir, em primeira instância, avaliar objetivamente o que nesses serviços é realizado e, posteriormente, tomar medidas de modernização dos seus recursos (infraestruturas, equipamentos e sistemas de informação) e muni-los de recursos humanos adequados, para que promovam ganhos em Saúde, tal como é apanágio dos PLS, em concordância com o PNS (Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, 2017).

Tem-se que, segundo a ACSS (2017), a contratualização apresenta-se como um instrumento de gestão e é realizada por base no cumprimento de objetivos, ou seja, efetiva-se pelo estabelecimento de um compromisso de resultados, tendo em conta as necessidades em Saúde constantes no PNS, nos Planos Regionais de Saúde e nos PLS, sempre orientada para os ganhos em Saúde e baseada num objetivo reconhecimento e alocação dos recursos das mais variadas ordens (humanos e materiais), bem como da sistemática monitorização e avaliação do estado do cumprimento dos objetivos traçados.

Este novo modelo de financiamento, como é percetível, vai de encontra à teoria Salutogénica e da Complexidade, que são os pilares teóricos deste trabalho, na medida em que este processo de contratualização ao ter em conta as necessidades em Saúde do PNS e dos PLS vai ter como objetivos a cumprir, parâmetros orientados para a Proteção e Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, o que inequivocamente vai de encontra ao pilar central da teoria Salutogénica.

Para além disso este modelo de contratualização assume-se como "*(…) um claro exemplo de uma Política Adaptativa*", encaixando-se na teoria da Complexidade uma vez que compreende, na sua gênese, *"(…) a sua elevada complexidade, dada a autonomia funcional e diferenciação dos seus atores, e pelo contexto de mudança (…)*" pelo que exige uma análise estratégica e prospetiva, que necessitará de uma resposta também ela complexa que "*deve garantir a inclusão e a participação, capacitar para a adaptação*

e a mudança, promover a auto-organização e o funcionamento em rede, potenciar a inovação e tornar a monitorização contínua uma prática habitual" (ACSS, 2017, p. 1).
Neste sentido, este processo de contratualização visa gerar melhores resultados através da otimização da prestação de Cuidados de Saúde,

> (...) *garantindo a autonomia funcional dos diferentes níveis organizacionais; adequando e racionalizando o respetivo financiamento e a utilização dos recursos; responsabilizando todas as partes envolvidas do planeamento à gestão, execução, monitorização e avaliação dos serviços* (ACSS, 2017, p. 2).

Na prática este processo de contratualização assume-se como uma negociação a 2 níveis organizacionais. Primeiramente há um processo negocial de contratualização interno, isto é, entre o ACeS e as suas Unidades Funcionais, que se operacionaliza pela assinatura de uma carta de compromisso. Em segundo lugar este compromisso é negociado entre o ACeS e a respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) e que resulta na formalização do Contrato Programa e do Plano de Desempenho (ACSS, 2017, p. 2).
Posto isto, este novo processo de contratualização, por Contratos Programa, ao negociar um plano de ação de pelo menos 3 anos, com objetivos anuais, que perspetive "resultados *em Saúde num contexto de boas práticas (...)" e o* "desempenho das organizações, nas suas diferentes áreas e dimensões (...)", centrados na pessoa, família e comunidade e tendo como pilares as orientações do PNS e PLS incentivam, portanto, ao estabelecimento de metas e à alocação de recursos direcionados para a Promoção da Saúde (ACSS, 2017, p. 2).
Neste âmbito, e após se ter apresentado o que são estes processos de contratualização por Contratos Programa, para que servem, o que contratualizam e como essa contratualização é feita, importa abordar os princípios metodológicos neles implícitos.
Tem-se que essa negociação envolve um acordo relativamente a um padrão de desempenho mínimo, sustentado em indicadores de âmbito Nacional, Regional e Local, aos quais são atribuídas ponderações que dependem diretamente

> *(...) da complexidade da atividade monitorizada, da população alvo, do impacto da atividade na saúde da população, do seu alinhamento com as áreas prioritárias do PLS, em alinhamento com o PRS e com o PNS, e do potencial do mesmo para a indução de ganhos de eficiência* (Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, 2017, p.12).

Estes indicadores de desempenho têm diversos níveis, em ordem crescente de abrangência (dimensões, subáreas e áreas), que se consubstanciam como Indicadores de

Desempenho Sectoriais (IDS) e que se vão influenciar cumulativamente até ao nível dos Indicadores de Desempenho Global (IDG) (ACSS, 2017; Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, 2017).

Para se perceber melhor o que são estes IDS e como estes têm implícitos a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença importa especificar quais as áreas que servem de base ao processo negocial. Deste modo tem-se por base cinco grandes áreas: o desempenho, os serviços, a qualidade organizacional, a formação e a atividade científica (ACSS, 2017; Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, 2017).

No sentido de melhor expor a essência das áreas dos Contratos Programa esta é feita por meio de uma tabela (vide tabela nº 1). Realça-se que apenas se aborda a área do Desempenho e suas respetivas subáreas e dimensões uma vez que estas são aquelas que melhor se enquadram no âmbito deste trabalho.

Relativamente à área de Desempenho esta é referente à *performance* dos prestadores de cuidados de saúde no desempenho das suas atividades com vista a influenciar, direta ou indiretamente a estado de Saúde da população e/ou comunidades, da sua área geográfica de atuação (Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, 2017).

IDS - Área Desempenho (UCSP / USF)			
Subárea	**Dimensões**	**id**	**nome_curto_indicador**
Acesso	**Cobertura**	330	Índice de utilização anual de consultas médicas
		331	Índice de utilização anual de consultas enferm.
		2	Taxa de utilização global de consultas médicas
		6	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos
		99	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos
		100	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos
		3	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos
	Personalização	1	Proporção de consultas realizadas pelo MF
		5	Proporção de consultas realizadas pelo EF
	Atendimento telefónico		
	TMRG	335	Proporção cons. indir. rec. crón. c/ resposta 72H
		342	Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis
	Consulta no Próprio Dia	344	Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.
	Trajeto		
	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	346	Propor. consul. realiz. no intervalo [8; 11[h
		347	Propor. consul. realiz. no intervalo [11; 14[h
		348	Propor. consul. realiz. no intervalo [14; 17[h
		349	Propor. consul. realiz. no intervalo [17; 20] h
Gestão da Saúde	**Saúde Infantil e Juvenil**	57	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia
		15	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida
		14	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida
		16	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano
		59	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano
		17	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano
		31	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A
		32	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A
		93	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução
		94	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução
		95	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução
	Saude da Mulher	11	Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.
		295	Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP
		307	Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre
		308	Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre
		309	Proporção grávidas com ecografia 3º trimestre
		310	Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.
		311	Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.
		312	Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.
		296	Proporção agreg. fam. puérp. RN c/ domic. enf.
		45	Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.
		9	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)
		10	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)
	Saúde do Idoso	294	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos
		297	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót
		30	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe
	Saúde do Adulto	98	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano
		46	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR
		47	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.
		53	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool
		277	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A
		262	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)
Gestão da Doença	**Gestão doente diabético**	35	Proporção DM com exame pés último ano
		261	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé
		37	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano
		38	Proporção DM c/ 1 HgbA1c por semestre
		91	Proporção DM < 65 A, c/ HgbA1c <= 6,5 %
		39	Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0 %
		97	Proporção DM c/ microalbum. último ano
		274	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada
		275	Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.
		350	Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus
		351	Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado
	Gestão do doente com HTA	18	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)
		19	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre
		20	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90
		23	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)
		352	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA
		353	Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada
	Gestão d. respiratória	49	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos
	Multimorbilidade	355	Taxa de internam. evitáveis na população adulta
Qualificação da Prescrição	**Prescrição Farmacoterapêutica**	341	Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão
		276	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais
		278	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos
		259	Rácio entre DDD de coxibes e de AINEs faturados
		255	Rácio embal. quinolonas e embal. antibiót. fatur.
		257	Rácio embal. cefalosp. e embal. antibiót. fatur.
	Prescrição MCDT	354	Despesa PVP MCDT compart. p/ insc. padrão
	Prescrição Cuidados		
Satisfação	**Satisfação de Utentes**		

Tabela 1- Índice de Desempenho Sectorial (IDS) da área de Desempenho

Fonte: (ACSS, 2017)

Como se pode verificar, tem havido grandes esforços no sentido de desenvolver a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença no Serviço Nacional de Saúde Português, de tal forma que estão amplamente explanadas nas diretrizes constantes no PNS que, obviamente, têm também de constar nos PLS, com forte destaque, em todos estes documentos, para a necessidade de um grande envolvimento de toda a população na sua autopromoção da Saúde e no desenvolvimento de respostas para as suas necessidades concretas.

Ora tem-se que se os recursos existentes são direcionados para responder às necessidades concretas das populações, pois estas estão mais envolvidas na gestão da sua Saúde e das suas necessidades, pressupõe-se a existência de menos desperdício desses recursos, para uma mais eficaz resposta, ou seja, mais e melhores ganhos em saúde com menos gastos.

Mais ainda, e reforçando esta ideia, o processo de contratualização por Contratos Programa tem implícitos, nas suas metas, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença, pois estas devem basear-se no PNS e PLS e o cumprimento desses objetivos, por parte dos ACeS/ ULS, pode representar a alocação de incentivos financeiros por parte da tutela.

Se há um maior foco na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas e uma filosofia de *Whole-of- society* é, segundo a literatura consultada, possível aumentar, a médio/ longo prazo os níveis de Saúde e bem-estar da população. Se podermos verificar efetivamente níveis de Saúde mais elevados, certamente que os cidadãos recorrerão menos a serviços de saúde de âmbito curativo, que manifestamente são mais dispendiosos, em detrimento dos cuidados de saúde primários, menos dispendiosos. Mais ainda, é facilmente percebível a relação direta que existe entre o nível de Saúde de uma população e a taxa de absentismo por doença e, portanto, se há menos faltas ao trabalho haverá maior produção de riqueza, que poderá vir a ser investido no Sistema de Saúde Português. Numa visão ainda mais alargada podemos ainda destacar a provável diminuição das prestações sociais por baixa médica e, portanto, um melhor balanço económico da Segurança Social.

Assim, e tendo por base a literatura consultada, os PLS, envolvendo todos os *stakeholders* da Saúde, apresentam-se como uma ferramenta de Promoção da Saúde que tendencialmente tende a ter impactos positivos não só na sustentabilidade do SNS, como até em outros sistemas de apoio social e na economia Nacional.

5. Plano Local de Saúde- o caso do ACeS Cova da Beira

O Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS Cova da Beira), implementado em 2009 é, como nome indica, um Serviço Público de Saúde que agrega 10 Unidades Funcionais: as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Belmonte, Cava Juliana e Fundão; as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Belmonte, Covilhã, Fundão, Teixoso e Tortosendo; a Unidade de Saúde Pública Cova da Beira e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados Cova da Beira (URAP) (ACeS Cova da Beira, 2014; ACeS Cova da Beira, 2018).

Seguindo a linha de foco na Promoção da Saúde, cooperação entre os serviços de Cuidados de Saúde Primários e os diversos atores sociais relevantes, o ACeS Cova da Beira desenvolveu o seu próprio PLS, primeiramente para o período 2014-2016, atualizando-o recentemente para o triénio 2018-2020 (ACeS Cova da Beira, 2018).

Com o desenvolvimento do PLS e seguindo as linhas orientadoras do PNS, o ACeS Cova da Beira assume a vontade e a responsabilidade de desenvolver estratégias, em conjunto com os parceiros sociais, que visem a melhoria do nível de Saúde da população, bem como uma oferta de serviços de saúde que sejam abrangentes, inclusivos e financeiramente sustentáveis (ACeS CB, 2018).

Como já foi referido, no ano de 2018, o ACeS Cova da Beira atualizou o seu PLS, tendo por base uma maior necessidade de envolvimento de todos os *stakeholders* da Saúde da região da Cova da Beira, "*(...) na capacitação do cidadão, conferindo-lhe também um papel de maior responsabilidade na gestão da sua saúde como parceiro e parte ativa nas opções de vida saudável"* (ACeS Cova da Beira, 2018, p.6).

Como se pode verificar há, no PLS 2018-2020, um maior destaque para o papel de todos aqueles que, direta ou indiretamente, têm implicações na Saúde da região inclusive, para o papel individual de cada cidadão. Esta abordagem mais descentralizada vê o indivíduo como um elo imprescindível no desenvolvimento de melhorias tanto da sua Saúde, como daqueles que o rodeiam. Criando uma analogia podemos comparar os indivíduos a "tijolos" e os Serviços de Saúde, em cooperação com os restantes *stakeholers,* o "cimento". Se tantos os tijolos, como o cimento forem resistentes e se a coesão entre eles for grande, o muro por eles constituído tenderá a ser também ele forte. Do mesmo modo, cidadãos capacitados para gerirem de forma adequada a sua Saúde, serão indivíduos que tenderão a ser mais saudáveis ("mais fortes e resistentes"). Estes, em cooperação intensa com o binómio Serviços de Saúde- restantes *stakeholders,* também ele a desempenhar a sua função da melhor forma, poderão melhorar o nível de Saúde de toda a população e mantê-lo mais facilmente ("muro forte e resistente").

Percebendo qual o foco e pertinência do PLS, importa então caracterizar de forma genérica o ACeS Cova da Beira. Este direciona as suas ações concretamente para os conselhos de Belmonte, Covilhã e Fundão, integrantes da Sub-região estatística da Cova da Beira (NUTs III). No que às características do ACeS Cova da Beira diz respeito estas, de forma geral, acompanham a realidade vivida em todo o país. Demograficamente verifica-se uma diminuição contínua do número de habitantes, pautado pelo seu envelhecimento acentuado, como é comprovável pelos dados do INE, referente ao ano de 2017, em que o índice de envelhecimento se situava nos 253.5, quando a nível Portugal continental este índice se situava nos 158.3 (ACeS Cova da Beira, 2018).

Deste modo, e enquadrado nas já referidas tendências da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, surgiu a necessidade de desenvolver e implementar um PLS que se constitui como um instrumento basilar de gestão, direcionado para a execução da missão do ACeS, ou seja, para a *"(...) melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao nível do acesso, da eficiência e do desempenho assistencial"* (ACeS Cova da Beira, 2014, p. 2).

Na sequência daquelas que são as diretrizes indicadas no Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde, o PLS do ACeS Cova da Beira começa por enunciar os problemas de saúde e que a identificação desses mesmos problemas decorreu numa base de articulação entre as equipas de saúde primaria e os *stakeholders*. Assim como problemas de Saúde da população da Cova da Beira foram identificados a hipertensão arterial, alterações do metabolismo dos lípidos, doenças cardíacas, doença cerebrovasculares, tumores malignos, perturbações depressivas, diabetes, problemas músculo esqueléticos, doenças do aparelho respiratório, obesidade e excesso de peso e envelhecimento populacional. Desses problemas foram considerados prioritários as doenças oncológicas, cardio-cerebrovasculares e mentais, a diabetes *mellitus* e o envelhecimento demográfico (DGS, 2016; ACeS Cova da Beira, 2018).

Identificados os problemas de saúde da população e feita a sua priorização são levantadas, no PLS 2014-2016, repercussões de caráter mais operacional que se consubstanciam como as principais necessidades de saúde, sendo que o PLS destaca a redução da morbilidade e mortalidade das doenças oncológicas, do aparelho circulatório e das doenças crónicas (diabetes e hipertensão arterial). De caráter mais abrangente, e incluindo todos os problemas priorizados, o PLS 2018-2020 estabelece a melhoria da qualidade de vida como grande necessidade em Saúde que, de forma geral, tende a ser um facto preponderante no nível de Saúde das populações (ACeS Cova da Beira, 2018).

Uma parte muito relevante dos PLS, tal como já foi neste trabalho vastamente referido, são os recursos da comunidade e as parcerias. Estes, no PLS do ACeS Cova da Beira 2018-2020, não são concretamente enunciados, referindo-se apenas que foram levantados os recursos da comunidade e os necessários para satisfazer as necessidades em Saúde da

população. Não obstante, no PLS 2014-2018 estes foram exaustivamente apresentados, talvez por isso não tenham sido de novo referidos pois, provavelmente, se mantêm pouco alterados. Assim da análise desse ponto no PLS 2014-2018 podemos verificar parcerias com instituições de ensino da região, IPSS e outras instituições de apoio à criança e idoso, indústrias de panificação, empresas locais de alimentação coletiva e restauração, ARS Centro, Ordem dos Nutricionistas, autarquias locais, PSP e GNR, Segurança Social, IEFP, ULS Guarda, entre outros (ACeS Cova da Beira, 2014; ACeS Cova da Beira, 2018). Da análise destas parcerias pode-se verificar um grande esforço para que a comunidade se envolva na gestão da sua Saúde, estabelecendo parcerias com as diversas Unidades Funcionais do ACeS Cova da Beira, e instituições mais centrais e até das regiões adjacentes, para que se possa melhorar os níveis de Saúde, com o menor gasto possível para todos, seguindo a lógica do "se todos colaborarem e contribuírem, custará menos a cada um" (ACeS Cova da Beira, 2018).

Outro ponto importante dos PLS são as metas para os Indicadores da Saúde relacionados com os seus respetivos Problemas de Saúde. O facto de o atual PLS em vigor ser o segundo, permite estabelecer algumas comparações entre os dois. Não obstante é necessário ter em conta que são documentos que estão enquadrados numa reforma que é recente e que ainda não está completa o que, portanto, leva a alterações estruturais dos próprios documentos, o que dificulta o estabelecimento de comparações.

Focando mais especificamente alguns indicadores da Promoção da Saúde, como as doenças cardio-cerebrovasculares e a sua evolução ao longo dos dois PLS, podemos destacar como estratégias os Projetos "*pão.come*" e "*sopa.come*" (ACeS Cova da Beira, 2014; ACeS Cova da Beira, 2018).

No primeiro e, no PLS 2014-2016, os indicadores eram "*Concelhos do ACeS com cadastro das padarias*" e "*Padarias cadastradas dos Concelhos do ACeS com colheitas de pão*". No PLS 2018-2020 perspetiva-se apenas metas para o indicador *"% de padarias com teor de sal =< a 0,8 gramas de sal / 100 gramas de pão*" e com percentagens sempre acima dos 71,49% tendo-se, em 2017, verificando um valor de 71,21%. Da análise da evolução dos indicadores podemos depreender, por estes se terem tornado único, mais específico e com valores elevados, quer já atingidos, quer para as metas futuras, que as metas para os indicadores do PLS de 2014-2016 foram provavelmente atingidas e que, neste ponto, no PLS 2018-2020, o grande objetivo já só é melhorar o número de padarias com valores reduzidos de sal no pão, pois grande parte das padarias do Conselho já estarão cadastradas e com colheitas de pão (ACeS Cova da Beira, 2014; ACeS Cova da Beira, 2018).

Relativamente ao Projeto "*sopa.come",* verifica-se exatamente a mesma situação. No PLS 2014-2016 perspetivavam-se metas para o indicador "*Concelhos do ACeS com colheitas*

de sopa" e no atual PLS perspetivam-se metas para a *"% de colheitas realizadas no âmbito do projeto sopa.com*". Ora pela modificação do indicador pode-se depreender que o objetivo é mais específico, o que leva a querer que o objetivo de ter grande percentagem, ou a totalidade, de "*Concelhos do ACeS com colheitas de sopa"* foi cumprida (ACeS Cova da Beira, 2014; ACeS Cova da Beira, 2018).

No que há contratualização por contrato programa diz respeito esta é, como já vimos anteriormente, primeiramente feita internamente, realizada entre as Unidades Funcionais e o ACeS Cova da Beira e externamente, entre este e a ARS Centro, e tem por base o PLS. Sendo o contrato programa um instrumento inequívoco de gestão então, por se basear no PLS para o estabelecimento de metas, torna este último também um instrumento importante de gestão, sendo que ambos

> *(...) devem contribuir para a autonomia e responsabilização das equipas e dos profissionais de saúde, garantindo o cumprimento da missão do ACeS, delimitando o âmbito, prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde, estabelecendo objetivos e metas quantitativas em cada uma das áreas de intervenção do ACeS, prevendo com rigor e da forma mais adequada a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao nível do acesso, da eficiência e do desempenho assistencial* (ACeS Cova da Beira, 2018, p. 5).

Neste âmbito e percebendo-se que os PLS estão implícitos nos contratos programa, então assume especial relevância focar também os Contrato Programa do ACeS Cova da Beira 2017-2019 e, de certo modo compará-lo com o de 2016-2017.

Neste documento verifica-se um foco importante no Indicador de Desempenho Sectorial (IDS) da Subárea da Gestão da Saúde, tendo sido contratualizadas, para 2018, melhorias ao nível dos IDS das dimensões da Saúde Infantil e juvenil, da mulher e do adulto, relativamente aos resultados de 2017. Esta linha de previsão vai de encontro ao esforço já desenvolvido pois, comparando este com o Contrato Programa anterior percebe-se que o IDS da Subárea da Gestão da Saúde sofreu uma valorização significativa pois os objetivos traçados, neste IDS, para 2017 foram claramente ultrapassados (meta de 7.6, contratualizada para 2017 em 2016, sendo que se verificou, em 2017, um IDS de 15.2) (ACeS Cova da Beira & ARS Centro, 2018a; ACeS Cova da Beira & ARS Centro, 2018b).

Neste âmbito o ACeS Cova da Beira, por via do Contrato Programa, compromete-se a atingir as metas contratualizadas para cada uma das dimensões, subáreas e áreas. Assim, para atingir os metas que contratualizou, em particular no âmbito da Promoção da Saúde, o ACeS Cova da Beira terá de encetar esforços, em conjunto com os restantes

stakeholers, para os atingir, no sentido de poder ver-lhe atribuído incentivos financeiros e claro, ver a Saúde da população que serve com níveis mais elevados.
Desta feita, e após alguns anos desde a implementação do primeiro PLS no ACeS Cova da Beira, assume-se com especial pertinência o estudo do seu possível impacto nos níveis de Saúde da sua população, bem como os seus possíveis contributos para a gestão dos recursos existentes e obviamente para a Sustentabilidade do SNS.
Assim, no capítulo seguinte, apresenta-se toda a metodologia seguida para estudar o caso do ACeS Cova da Beira no que concerne às possíveis repercussões que passam ter advindo da implementação dos seus PLS, quer para a região, quer até a nível nacional.

6. Metodologia de investigação

6.1. Objetivos e questões de investigação

O PLS do ACeS Cova da Beira, tendo sido implementado há aproximadamente 6 anos e sabendo-se que foi recentemente atualizado, realça a necessidade de se perceber a sua importância, funcionalidade e resultados potencialmente já obtidos.
Mais ainda, sabendo que os gestores de saúde são importantes elos no desenvolvimento e aplicação dos PLS, importa saber a sua perceção relativamente aos mesmos, na medida em que esta pode influenciar o seu envolvimento no projeto.
Posto isto, este trabalho de investigação tem como questões de partida: De que forma o PLS do ACeS Cova da Beira se apresenta como uma ferramenta de promoção da saúde? Quais os ganhos em saúde por ele produzido? Tem impactos sobre a sustentabilidade do SNS? De que forma?
Deste modo apresentam-se como objetivos de investigação:

- Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto aos PLS como ferramenta de promoção da saúde;
- Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto ao impacto dos PLS na sustentabilidade do SNS;
- Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto aos ganhos em saúde que consideram ter sido alcançados desde a aplicação dos PLS;
- Perceber quais as repercussões da implementação do PLS do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e monetários).

6.2. Abordagem de Investigação

Seguindo as normas de um trabalho de investigação foi primeiramente realizada uma revisão da literatura, conduzida tendo por base os conceitos de Saúde, Promoção da

Saúde e sustentabilidade, sendo que a sua articulação baseou-se nas teorias Salutogénica e da Complexidade.

No que ao estudo empírico diz respeito, tendo em conta as diferentes metodologias de investigação e os objetivos deste estudo percebe-se que nele se pretende "dar voz" aos gestores de saúde, no sentido de demonstrar a sua perspetiva sobre os PLS e especificamente sobre o PLS do ACeS Cova da Beira (Ragin, 2011). Deste modo recorre-se ao método qualitativo pois procura-se estar no interior dos processos, definindo os conceitos e significados; entender como se produz as estruturas das experiências e dos seus significados; e investigar descrições a fundo, através dos contextos em que ocorrem e da subjetividade a elas associada (Serapioni, 2000; Moreira, 2007; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Tratando-se de uma metodologia qualitativa aplica-se, neste estudo, o método dedutivo, onde, através de princípios se chegam às conclusões necessárias, partindo do geral para o particular, isto é, conclui uma verdade particular a partir de uma geral (Lakatos & Marconi, 2011). Assim o presente estudo, baseando-se naquilo que é o enquadramento teórico geral presente na literatura acerca dos PLS, tenta encontrar, ou não, conformidades com o caso específico do PLS do ACeS Cova da Beira.

A metodologia qualitativa, e o âmbito deste trabalho de investigação, identifica-se com o estudo de caso, uma vez que se pretende realizar uma análise empírica que se foca num evento atual e contextualizado, não podendo ser generalizado. Sendo um estudo de caso, este é de caráter profundo e exaustivo e incide sobre poucos objetos, permitindo obter dados amplos e detalhados sobre os mesmos (Yin, 1993; Lakatos & Marconi, 2011).

Posto isto, para se poder responder adequadamente às questões de investigação e cumprir os objetivos propostos segue-se neste estudo uma abordagem qualitativa, descritiva, dedutiva e do tipo estudo de caso.

6.3. Procedimentos metodológicos

6.3.1. População alvo, amostragem e colheita de dados

Tendo por base Gil (2007) tem-se por população alvo de um estudo o conjunto de todas as pessoas que apresentam um conjunto de características comuns para o interesse da investigação pelo que, dadas as pretensões deste trabalho, percebe-se que este se direciona para todos os profissionais com funções de gestão, inclusos no conselho executivo, no conselho clínico e de saúde e com outras funções de coordenação do ACeS da Cova da Beira.

Importa salientar que são profissionais que, pelo cargo e funções que desempenham, podem ser considerados como gestores no setor da saúde, pelo que importa definir o seu conceito.

Deste modo um Gestor em Unidades de Saúde é um profissional que desenvolve, na sua prática laboral, atividades de caráter administrativo de recursos das mais variadas ordens, para atingir os objetivos da organização, que logicamente terá de estar direcionada para a prestação de cuidados de saúde. Envolve diversas e complexas atividades, nomeadamente

> *(...) o planeamento de tarefas e funções, esclarecer objetivos, propor ideias que promovam a melhoria, realizar o recrutamento e contratação, avaliação de desempenho, motivação das equipas, informar as equipas dos objetivos e expectativas singulares e de grupo, coordenação com outras equipas e apoiar os esforços de trabalho* (Lombardi, Schermerhorn & Kramer, 2007 *cit. in* Sampaio, 2014, p.14).

Assim, tendo por base a própria estrutura orgânica do ACeS Cova da Beira tem-se como população alvo deste estudo os 14 profissionais que desempenham funções no conselho clínico e de saúde, no conselho executivo e com outras funções de coordenação do ACeS Cova da Beira, nas já referidas 10 Unidades funcionais que o constituem (ACes Cova da Beira, 2014). A escolha deste serviço público como base para o desenvolvimento deste estudo acontece por conveniência, na medida em que é um serviço que se situa na área de residência do investigador, o que facilita a recolha de dados.

Relativamente à amostragem, esta é de caráter não probabilístico dado que a amostra é escolhida a partir do objetivo de estudo, sendo que não é conhecida a probabilidade de cada elemento da população ser incluído na amostra. Especificamente a amostragem é feita por conveniência, uma vez que as pessoas são selecionadas de acordo com o alcance do investigador e com a sua vontade de participar no estudo (Gil, 2007). Neste caso concreto é feita a proposta de participação no estudo a todos os elementos da população alvo, sendo que participarão no mesmo todos aqueles que voluntariamente, de forma livre e informada aceitarem nele participar.

Deste modo, e após proposta de participação neste estudo à população alvo, apenas aceitaram nele participar três dos catorze profissionais que desempenham funções de gestão no ACeS Cova da Beira, que não são identificados em qualquer ponto deste trabalho por questões de anonimato, garantidas à priori.

No que concerne ao método de recolha de dados opta-se pelo recurso a entrevistas, que é uma técnica de recolha de dados em que o investigador apresenta questões ao sujeito a

ser investigado de modo a obter dados relevantes para a investigação (Flick, 2005; Gil, 2007; Lakatos & Marconi, 2011). Trata-se de um dos instrumentos de recolha de dados mais flexível, existindo diversos tipos, que são categorizados através do nível de estruturação: as mais estruturadas, que predefinem um maior número de questões a serem respondidas e as menos estruturadas, que são mais fluídas (Gil, 2007). Assim, e tendo por base tudo o referido anteriormente, recorre-se a entrevistas semiestruturadas gravadas, no sentido de se obter dados que vão de encontro aqueles que são os objetivos para este estudo, sendo que serão conduzidas do geral para o particular, isto é, focando primeiramente os PLS, na generalidade e no âmbito nacional, e em seguida o caso concreto de estudo, que é o PLS do ACeS Cova da Beira.

Assim, sabendo que a literatura salienta que os PLS são uma ferramenta privilegiada de promoção da saúde e com repercussões positivas na sustentabilidade, importa, portanto, saber a perceção dos entrevistados sobre o papel que estes planos desempenham na promoção da Saúde em Portugal, bem como na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, sendo que as questões serão formuladas neste sentido.

Abordando especificamente a realidade do PLS do ACeS Cova da Beira e, mais uma vez, tendo em conta que a literatura enfatiza o papel dos PLS como promotores da saúde, então mostra-se pertinente formular questões que permitam conhecer, na ótica dos entrevistados, os ganhos em saúde que consideram ser mais relevantes e que foram produzidos no âmbito do PLS do ACeS Cova da Beira. Mais ainda, e tendo em conta que o referido plano tem como um dos objetivos a melhoria da eficiência do desempenho assistencial, torna-se pertinente desenvolver questões que visem obter informações no que toca às repercussões da implementação do PLS do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes, focando as dimensões humanos, materiais e monetários.

O guião da entrevista, onde constam as questões orientadoras da mesma, pode ser consultado no anexo I.

6.3.2. Procedimentos éticos e administrativos

Como é, deveras obrigação do investigador, durante o seu estudo empírico deve estar bem demarcada uma postura eticamente correta e com respeito pelos direitos fundamentais daqueles que participam no estudo, com especial enfase para o conhecimento pleno sobre o estudo por parte dos participantes, a autodeterminação dos mesmos no processo de decisão da participação e ainda para a intimidade, anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos (Nunes, 2013). Deste modo destaca-se que a cada participante é apresentado um documento com todos os elementos pertinentes para um consentimento de participação livre e informado, sendo que será solicitado a assinatura de um documento que estabeleça que o esclarecimento foi devidamente

realizado e que autoriza a recolha de dados. Mais ainda se assegura que todos os dados recolhidos são totalmente confidenciais, não havendo em qualquer parte do instrumento de recolha de dados ou do trabalho informação que possa possibilitar a identificação da pessoa concreta.

Deste modo apresenta-se, no anexo II, o modelo do consentimento livre, esclarecido e informado para participação no presente estudo.

Mais ainda se enfatiza a necessidade de uma postura de cordialidade para com as organizações que colaboram com este trabalho de investigação, deste modo será também solicitado a autorização ao Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior, ao ACeS Cova da Beira e ao Conselho de Ética da ARS Centro para a realização da referida recolha de dados. (vide anexo III)

A recolha de dados só teve início após o parecer positivo de todos os intervenientes.

7. Tratamento dos dados recolhidos

Neste capítulo apresenta-se os resultados referentes á colheita de dados efetuada por meio da realização de entrevistas à amostra selecionada que, no âmbito deste estudo foram 3 elementos com funções de gestão do ACeS Cova da Beira. As transcrições integrais das entrevistas podem ser consultadas no anexo IV, enfatizando-se que que estas foram realizadas manualmente pelo investigador.

Como já foi explanado anteriormente a temática em estudo tem como conceitos-chave a Promoção da Saúde e a sustentabilidade.

Sendo a Promoção da Saúde um processo que visa atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, percebe-se que este conceito tem como dimensão a saúde e o bem-estar, sendo que este desdobra-se em diversos indicadores: biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); e acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer) (Carta de Ottawa,1986).

No que é referente há sustentabilidade, tendo por base Mikhailova (2004), destacam-se como dimenções a conservação e utilização dos recursos existentes e o desenvolvimento social.

Especificamente, à conservação e utilização dos recursos existentes apresentam-se como indicadores os recursos humanos; materiais, equipamentos e infraestruturas e ainda o balanço económico-financeiro.

Ao nível da dimensão desenvolvimento social, tem-se como indicador o envolvimento de *stakeholders* que, direta ou indiretamente, têm impacto ao nível da saúde das populações.

Para facilitar a compreensão apresenta-se duas tabelas que sintetizam os conceitos-chave, bem como as suas dimensões e respetivos indicadores (vide tabelas nº 2 e 3).

Conceito	Promoção de Saúde
Definição do Conceito	*"(...) o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua Saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio."* (Carta de Ottawa, 1986)
Dimensão	Saúde e bem-estar
Indicadores	• Biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); • Sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); • Ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); • Estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); • Acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

Tabela 2- Conceito de Promoção da Saúde, suas dimensões e respetivos indicadores

Fonte: Carta de Ottawa (1986)

Conceito	Sustentabilidade
Definição do Conceito	*"(...) quantidade do consumo que pode continuar indefinidamente sem degradar os estoques de capital total."* (Mikhailova, 2004, p. 28)
Dimensões	• Conservação e utilização dos recursos existentes; • Desenvolvimento social.

Indicadores	• Conservação e melhor utilização dos recursos existentes
	  ○ Recursos humanos;
	  ○ Recursos materiais, equipamentos e infraestruturas;
	  ○ Balanço económico-financeiro.
	• Desenvolvimento social
	  ○ Envolvimento de *stakeholders* que, direta ou indiretamente, têm impacto ao nível da saúde das populações.

Tabela 3- Conceito de Sustentabilidade, suas dimensões e respetivos indicadores

Fonte: Mikhailova (2004)

No sentido de facilitar a interpretação dos resultados explanam-se, nos dois subcapítulos seguintes, as declarações mais significativas de cada entrevistado a cada questão, sendo que estas são agrupadas de acordo com os conceitos e dimensões a elas associados. Destaca-se ainda que os excertos apresentados nestes subcapítulos podem não corresponder à ordem em que foram proferidos na entrevista. Tal é justificado pelo facto de a colheita de dados ter sido efetuada por via de entrevistas semiestruturadas o que

possibilita uma conversa mais fluída entre o investigador/entrevistador e os entrevistados.

7.1. Conceito de Promoção da Saúde- Dimensão Saúde e bem-estar

Neste subcapítulo constam as questões e excertos das respostas que diretamente se referem ao conceito de Promoção da Saúde e respetiva dimensão, Saúde e bem-estar, tanto aplicado ao contexto Nacional, mais geral, como ao contexto do ACeS Cova da Beira, mais particular.

Tendo em conta o guião da entrevista presente no anexo I formularam-se as seguintes questões:

Questão: "Segundo a DGS os Planos Locais de Saúde apresentam-se como ferramentas de promoção da Saúde. No seu entender qual o papel efetivo que os Planos Locais de Saúde têm tido na Promoção da Saúde em Portugal?"

- **<u>Entrevistado A</u>**

  "Agora se são uma ferramenta de Promoção da Saúde? Eu penso, claramente, que são."
  "(...) sem dúvida que os Planos Locais de Saúde representam uma boa ferramenta no âmbito da Promoção da Saúde (...)"

  "O que aqui eu diria nesta questão, o papel efetivo que os Planos Locais de Saúde têm tido no âmbito da promoção da saúde em Portugal... portanto, neste momento os Planos Locais, no meu entender, o papel efetivo ainda é embrionário. Agora ainda há uma questão que é clara, neste momento há uma orientação para os profissionais de saúde poderem trabalhar na promoção da saúde."

  "É uma linha mestra que permite às equipas fundamentar projetos e promover uma uniformização em termos de trabalho."

- **<u>Entrevistado B</u>**

  "O objetivo do Plano Local é, acima de tudo, a promoção da saúde e da prevenção da doença. Não vamos tanto para a parte curativa... mas o objetivo é investir, precisamente, na promoção... vamos lá ver... na prevenção primeira e secundária."

"(...) estes novos formatos de Planos Locais de Saúde, (...) ao serem feitos de baixo para cima, têm uma mais-valia, no sentido da maior proximidade aos problemas e, portanto, dá-nos uma visão... mais... local e, portanto, mais próximo das necessidades... da comunidade"

"Portanto, permite... uma adequação dos programas às necessidades locais... maior do que tinham os planos que eram verticais e, portanto, acho que é essa a sua grande virtude... a grande mais valia destes planos."

- **Entrevistado C**

"Os Planos Locais de Saúde são importantes? Claro que são! Permitem-nos alinhar os problemas... primeiro identificá-los e, em segundo, priorizá-los e depois, ao estendermos às diferentes estruturas, termos uma noção do que é que essa comunidade sente como necessidades em Saúde."

"Para terminar esta questão quero dizer que essencialmente os Planos Locais da Saúde permitem dar respostas às necessidades identificadas e agir sobre os determinantes em Saúde, ajuda a fazer melhores escolhas, a comunicar melhor, interna e externamente, a definir melhor o papel do cidadão e a manter as ações alinhadas com as necessidades."

Neste âmbito, da análise das entrevistas, é percetível a unanimidade dos gestores do ACeS Cova da Beira quanto ao facto de os PLS serem ferramenta de Promoção da Saúde, referindo ainda que estes vieram traçar as linhas mestras de atuação local em Promoção da Saúde. Ora tem-se que estas declarações vão precisamente ao encontro daqueles que são os pareceres da DGS e que também se encontram explanadas na Lei, seja na Constituição da República Portuguesa, seja na Lei de Bases da Saúde, recentemente atualizada.

Questão: Tendo um papel preponderante na gestão do ACeS da Cova da Beira quais os ganhos em saúde que considera terem sido alcançados desde a aplicação do Plano Local de saúde do ACeS da Cova da Beira?

- **Entrevistado A**

"Nós não podemos dizer que... com base nos nossos planos locais já identificámos ganhos em saúde naquelas áreas, isso ainda é precoce. O que já não é precoce é nos regionais porque aí já se tem um patamar histórico maior e o plano regional de saúde

é da responsabilidade do departamento de saúde pública da ARS Centro e eles identificando os problemas de saúde da região implementaram determinados programas de prevenção… e aí nós já conseguimos ter resultados concretos e ganhos em saúde que podemos comprovar com a implementação…"

- **Entrevistado B**

  "(…) eu posso dizer-lhe que na avaliação feita no último ano, portanto no relatório de 2018, nós conseguimos concluir que através dos planos… temos conseguido que a taxa de cobertura de vacinação melhorasse em todas as faixas etárias…"

  "Conseguimos melhorar bastante a resposta a doenças crónicas… e estamos a falar, por exemplo, nos diabéticos… onde temos uma boa resposta para o controle dos doentes diabéticos, quer com a consulta do pé diabético, quer com os projetos de *caminhar para o equilíbrio* com as intervenções e atividades que nós dinamizamos em comunhão com a comunidade…"

  "Depois temos ganhos mensuráveis, por exemplo, no registo das tensões arteriais e no registo das hemoglobinas glicadas… o que foi muito importante para percebermos que os nossos doentes estão controlados"

- **Entrevistado C**

  "Por exemplo, aqui no ACeS Cova da Beira, na priorização de problemas, um dos que não vinha nos 5 primeiros era a Saúde Mental porque, como sabe, nós vamos buscar dados estatísticos e nos dados estatísticos lê-se aquilo que está registado e, portanto, os resultados nem sempre são aqueles que nós sentimos no dia-a-dia. Neste aspeto eu, como médica de saúde pública, sentia aqui um grave problema, que era a Saúde Mental… por diferentes razões, nos jovens e nas populações mais idosas, exatamente porque tenho uma população muito idosa e, portanto, as demências têm um peso grande e nos jovens tinha mais a ver com os consumos. O que é certo é que para mim era um problema relevante e que isso não vinha espelhado na tal priorização de problemas com base nas estatísticas e quando se discutiu isso com os municípios, foi uma das coisas que levámos muito em conta… é que, realmente, a saúde mental estava ser para nós um problema e tínhamos que mexer nele. Ou seja, isto para dizer que os Planos são importantes… Dizem o que é que nós identificamos como problemas, que temos de lhes mexer e depois quais são… quer os fatores que nos levam àqueles problemas, mas que nem sempre são sentidos pela comunidade dessa

maneira… há alguns que não terão representação estatística por N fatores."

"Essencialmente ao nível das hipertensões e outras doenças cárdio e cerebrovasculares tivemos melhorias"

"(…) por exemplo, há uma diminuição quer do número de hipertensos, quer uma melhoria do número de pessoas com a Hipertensão controlada, ou seja, vamos ter menos risco e vamos diminuir as tais doenças cárdio e cerebrovasculares devido, por outro lado, à promoção de uma alimentação mais saudável, nomeadamente com a redução de sal e por outro, estamos a implementar o exercício físico. Hoje em dia as pessoas estão mais alertadas para caminhar…todo o exercício é bom, mas mais que não seja que devem caminhar."

"Outro fator importante para as doenças cárdio e cerebrovasculares, é os consumos, e quando falamos em consumos referimo-nos ao tabaco e ao álcool… pois neste âmbito… estes são essenciais. E aí é muito difícil de quantificar! Não lhe vou dizer que está a diminuir… Não vou! Mas também são coisas que só a longo prazo… porque nós sabemos que tudo o que é atuar na Promoção e Prevenção vai produzir efeito ao fim de 10, 15, 20 anos."

Da análise das entrevistas verifica-se que apesar dos gestores do ACeS Cova da Beira considerarem os PLS uma ferramenta de Promoção da Saúde, a verdade é que existe ainda alguma reserva em enunciar ganhos em saúde que objetivamente já se possam ser notados, argumentando o pouco tempo de implementação e que as medidas/atitudes tomadas em Promoção da Saúde, em grande parte, só produzirão efeitos objetivamente mensuráveis a médio- longo prazo.

7.2. Conceito de Sustentabilidade

Neste subcapítulo constam as questões e os excertos das respostas que diretamente se referem ao conceito de sustentabilidade, tanto aplicado ao contexto Nacional, mais geral, como ao contexto do ACeS Cova da Beira, mais particular. Destaca-se ainda que os excertos das respostas a cada questão são agrupados tendo em conta a dimensão do conceito Sustentabilidade a que se referem. Neste âmbito podem ser agrupadas na dimensão conservação e utilização dos recursos existentes ou na dimensão desenvolvimento social.

Tendo em conta o guião da entrevista presente no anexo I formularam-se as seguintes questões:

Questão: Qual o impacto que os Planos Locais de Saúde têm na sustentabilidade do SNS?

- **Entrevistado A**
  - **Conservação e utilização dos recursos existentes**

"Qual é que era a diferença? Aqui há uma situação que já começou a ser diferente que era as Unidades, a partir de 2017, poderão receber incentivos institucionais. As USF's de modelo B recebem já incentivos económicos, que era uma situação que não era contemplada e é a única situação em termos económicos em que houve alteração. O que é que temos? USF's é uma Unidade de Saúde Familiar que é constituída por... médicos, enfermeiros e assistentes técnicos na proporção normal, em termos gerais, de 3 médicos, 3 enfermeiros e 2 assistentes técnicos para uma proporção de 5 a 6 mil utentes. Esses profissionais dão assistência das 8h às 20h aos utentes que estão inscritos e têm uns determinados indicadores a cumprir. Pronto, assinam uma carta de compromisso... se houver o cumprimento desses indicadores, neste momento, do índice de desempenho global, as Unidades recebem incentivos financeiros."

"A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde... é assim, se nós tivermos definidos claramente quais é que são os problemas e soubermos como intervir neles... aí claramente nós definimos quais os prioritários e deixamos de andar a fazer outras atividades e direcionar os recursos para aquelas áreas."

  - **Desenvolvimento social**

"Outra situação dos Planos Locais é que devia ter uma abrangência maior em termos da comunidade... é evidente que temos neste momento... portanto, os Agrupamentos dos Centros de Saúde contemplam o concelho da comunidade que têm elementos da área Hospitalar, dos Municípios, da Educação, da Segurança Social... que são parceiros... mas o ideal nos Planos Locais de Saúde era não se ter apenas como base a situação das parcerias, tem que se trabalhar em parceria, mas era também importante que os Planos Locais de Saúde fossem tidos como área de intervenção local e de política... local, no sentido da melhoria do estado de saúde dessa comunidade e nessa parte ainda há um trabalho longo a ser feito, ou seja, neste momento o Plano Local de Saúde acaba por servir de base às instituições de saúde... mas o ideal mesmo era uma intrusão maior com a comunidade."

"O que eu digo é que era importante que todos os organismos se sentassem à mesa e trabalhassem… A saúde é um bem primordial de uma comunidade que contribui claramente para o seu bem-estar, e a qualidade de vida que a comunidade oferece influencia claramente o estado de saúde da população. Por isso no Plano Local de Saúde… o ideal era ter o envolvimento de toda a comunidade na sua elaboração, para haver uma apropriação do mesmo por parte de todos."

- **Entrevistado B**
  - **Conservação e utilização dos recursos existentes**

"Vamos lá ver… todo o investimento na prevenção vai melhorar a sustentabilidade do SNS. É evidente que a prevenção tem custos e tem custos também elevados, mas não tão elevados como seja para tratar a doença."

"Portanto, é sempre mais barato investir na prevenção primária… é importante também, na redução de custos diretos, …nas idas aos serviços de urgência… estamos também falar na diminuição dos internamentos evitáveis, portanto, e é por aí que, efetivamente, estão os custos do SNS a diminuir e, portanto, a melhorar a sustentabilidade."

"(…) a mim parece-me que os Planos Locais têm mais benefícios se houver uma gestão local e uma planificação local, para melhor rentabilizar os seus recursos quer humanos, quer materiais do que se for feito à distância… Claro que aqui continuamos com falhas, e… para mim, uma das falhas é os ACeS não terem autonomia financeira porque, apesar de terem alguma autonomia mas não têm a total autonomia financeira que eu penso que deveriam ter e, portanto, se houvesse aí mais proximidade para que os nossos planos fossem, também, financiados mais localmente… mais próximo do conhecimento das realidades locais, ainda haveria também mais rentabilização e, portanto, mais aproveitamento. De qualquer modo… por outro lado, os Planos Locais de Saúde ajudam a melhorar os recursos… pessoas mais saudáveis, leva a menos absentismo…pelo que depois se poderá alocar de maneira diferente os recursos gerados."

  - **Desenvolvimento social**

"(…) há aqui também um compromisso, o envolvimento de todas as estruturas da comunidade, das instituições que estão nessa comunidade… para se conseguir atingir estes objetivos. Eu penso que isto é o grande papel que Planos Locais têm."

- **Entrevistado C**
    - **Conservação e utilização dos recursos existentes**

    "O Plano Local permite-nos dar resposta, realmente, às necessidades, mas relativamente a este aspeto… permite-nos uma grande economia de recursos, quer sejam estes humanos, materiais ou financeiros. Os Planos permitem-nos atingir os objetivos que nós queremos duma maneira mais concertada por um lado e por outro, atingir esses objetivos mais facilmente… portanto estamos a contribuir para a sustentabilidade do sistema."

    "Portanto, com os mesmos recursos, humanos, materiais e financeiros, consegue-se fazer mais coisas e obter mais, digamos… porque está tudo centralizado para um determinado objetivo e sabemos o que é que queremos, e como o atingir."

    - **Desenvolvimento social**

    "O Plano Local de Saúde vai definir uma estratégia de ação do serviço das Unidades dos Cuidados de Saúde Primários, em articulação, quer com a comunidade, quer com os diferentes níveis de cuidados."

    "No Plano Local de Saúde a intervenção da comunidade… vai-nos facilitar, por um lado… porque estamos a envolver todas as forças externas digamos assim e, por outro lado permite-nos priorizar problemas que às vezes, para nós, não os sentimos com o mesmo grau de priorização."

Questão: Qual o impacto que considera ter havido com a implementação do Plano Local de saúde do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e monetários)?

- **Entrevistado A**
    - **Conservação e utilização dos recursos existentes**

    "(…) efetivamente em termos práticos nos cuidados de Saúde Primários, eles, em termos do ACeS local só começaram a ter um pouco o seu impacto a partir do momento em que nós fizemos o processo da contratualização, portanto em 2017-2018, já com este novo modelo de contratualização que já tem como base os problemas e as necessidades que estão identificados no Plano Local de Saúde.

    Entrevistador: "Então aqui, pelo que estou a perceber, existe uma relação direta entre a contratualização e o modo como esta é feita e, portanto, entre os recursos que chegam ao ACeS e os resultados em saúde que lhe estão associados.

Entrevistado A: Sim sim!

Entrevistador: "Isso… fazendo agora aqui um paralelismo com as perguntas… no âmbito regional, ao nível da gestão de pessoal… de pessoal já percebi que sim no que toca àqueles indicadores não assistenciais… a existência de médicos, de enfermeiros de família, terá implicações nesse aspeto."

Entrevistado A: "Hum…Hum!" (acenar positivo da cabeça)"

"Nos ACeS há um conselho clínico… e o que é que se pretende com as Unidades? É que haja melhoria dos indicadores de qualidade de cuidados, de acesso… uma melhor prescrição… por exemplo, neste momento há uma coisa que não se fazia que é a monitorização de prescrição… Nós neste momento temos uma monitorização das prescrições do prescritor. Com isto pretendemos que haja uma qualificação da qualidade da prescrição, visando a redução de custos. E esses recursos poderão ser utilizados em áreas de prevenção e rastreios. Podemos ter a mesma verba e isto, como eu disse é feito pela ARS, e podemos alocá-las em outras áreas."

"Há normas da Direção Geral de Saúde, em termos de qualificação da prescrição, em que os utentes com diabetes tipo II, não insulinodependentes não necessitam de fazer o controlo glicémico diário. (…) Então se está provado que os diabéticos tipo II, não insulinodependentes, desde que façam o seu controle em termos de hemoglobina glicada, não necessitam fazer a sua picada sistemática então vamos acabar com os milhões de euros que se gastam nas tiras para avaliação glicemia capilar. Isto é um trabalho que tem de ser feito com médicos, com enfermeiros…"

"Primeiro, identificar o que é que estamos a prescrever… pegar na orientação técnica e dar conhecimento aos profissionais que a prestação de cuidados que eles estão a ter com aquele utente, o dinheiro que estão a gastar com ele… em nada o vai beneficiar e que, portanto, estamos a prejudicar a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde."

"Nós se conseguirmos poupar naquelas áreas que nós estamos a desperdiçar dinheiro… que não tem interesse para o utente… se nós temos provas científicas

que aquilo que estamos a fazer ao utente em nada contribui para a sua saúde... vamos poupar nesses recursos e vamos investir em rastreios. Por exemplo, nós este ano conseguimos o rastreio do cancro do cólon retal... teve que ser uma ginástica tremenda para conseguirmos implementar o rastreio."

- **Desenvolvimento social**

"(...) os processos são lentos embora nós, aqui no ACeS Cova da Beira, tenhamos uma boa articulação com todas as nossas autarquias."

"É verdade que na Cova da Beira temos todas as padarias cadastradas no programa Pão.come, estão todas com redução de sal... o patamar de nível de sal baixou em todas significativamente."

"Começámos com a Sopa.come com as escolas, lares... redução de sal na sopa. (...) Iremos ter os resultados mais a longo prazo porque não são coisas imediatas..."

- **<u>Entrevistado B</u>**
  - **Conservação e utilização dos recursos existentes**

"Depois, outro ganho foi... o aumento do apoio, quer médico, quer de enfermagem ao nível dos cuidados dos utentes. Portanto... temos um apoio domiciliário que melhorou ao nível de enfermagem e ao nível médico. Não melhorou mais ainda porque nos faltam recursos, e neste caso estamos a falar, recursos também materiais... por exemplo precisamos de mais um carro, precisamos de mais alguns recursos para que possamos dar uma resposta ainda melhor"

"Penso que o Plano Local nos ajudou também... a trabalhar melhor no sentido de cooperação entre equipas."

"Além de percebermos outra coisa... que foi bastante positiva também... as necessidades formativas para cumprimentos de determinadas normas de orientação clínica e que nos ajudaram também a diminuir gastos e a gerir melhor as nossas ferramentas... quer de prescrição, quer de orientação... e isso também foram ganhos... sem dúvida."

"Através do plano é que conseguimos evidenciar melhor quais são as necessidades de recursos... e nós assim conseguimos utilizá-los de maneira mais adequada, portanto, geri-los melhor."

"Através do plano é que conseguimos evidenciar melhor quais são as necessidades de recursos... e nós assim conseguimos utilizá-los de maneira mais adequada, portanto, geri-los melhor."

"E portanto... eu penso que o plano tem-nos ajudado a saber gerir... nós conseguimos também gerir melhor determinar as respostas, por exemplo, nós estamos a investir, neste momento... outra vez, em canalizar recursos preventivos para os fatores de risco, como seja os consumos de álcool e tabaco... e para aí nós, neste momento, afetámos novos recursos, precisamente novos colegas para integrar, médicos e enfermeiros, para integrar estas atividades... que consideramos prioritárias no sentido de intervir em fatores de risco modificáveis (...) e, portanto, foi o Plano Local que nos ajudou a perceber que precisávamos desses recursos e deu a perceber à tutela que efetivamente teríamos que fazer um reforço de recursos nesse mesmo sentido."

- **Desenvolvimento social**

"(...) os projetos de *caminhar para o equilíbrio* com as intervenções e atividades que nós dinamizamos em comunhão com a comunidade...e com a Faculdade também, neste caso, para estimular mais os cidadãos e, particularmente, os que têm doenças crônicas, a praticar atividade física, na melhoria da sua nutrição através de um regime alimentar mais adequado."

- **<u>Entrevistado C</u>**
  - **Conservação e utilização dos recursos existentes**

"(...) os planos alertam para a necessidade dos registos, e que os registos bem feitos irão permitir ir de encontro às necessidades da população."

"Mas no geral... o plano veio ajudar na rentabilização dos recursos existentes. Porque é assim... o senhor em vez de os utilizar ali... e os utilizar noutro sítio, a rentabilidade não é a mesma. Agora se eu sei exatamente para que é que os quero e o que é que eu preciso... então conseguirei mobilizá-los da melhor forma, sendo melhor para a comunidade. Portanto... isto foi um impacto muito positivo que o plano trouxe... pois se nós identificamos os problemas... a seguir conseguimos dizer que são precisos 10 médicos, 20 enfermeiros, X administrativos, 10

viaturas...portanto, permite por... numa maneira esquemática, baseados naqueles problemas identificados...os recursos que são necessários. Neste aspeto, e tal como já disse, a participação da comunidade é importantíssima, pois no serviço só há X recursos e são necessários Y, se houver uma boa intrusão com a comunidade poder-se-á mais facilmente obter os recursos necessários e temos, no nosso caso, a nossa Unidade Móvel que é da Câmara, bem como mais dois veículos, por exemplo. Isso acontece porque a comunidade está a perceber que a falta destes recursos é um problema e que pode ajudar na sua mitigação e até resolução."

- **Desenvolvimento social**

"(...) depois alargámos às entidades externas... nomeadamente aos municípios, segurança social, escolas, IPSS... mas aqui no ACeS Cova da Beira, sobretudo os municípios tiveram, efetivamente, um peso grande."

"Sem dúvida que no primeiro plano nós organizámos e fizemos o plano, mas não foi tão participado, ou seja, ao nível das várias Unidades Funcionais sim, ... sim tiveram conhecimento, participaram com as suas ideias... mas não foi tão organizado... era o primeiro! Ao nível da comunidade, uma ou outra entidade participou, mas a participação muito ativa da comunidade não existiu! Neste último plano isso já foi muito mais fundo, ou seja, já se divulgou melhor, passamos em todos os municípios, discutimos com as pessoas responsáveis pela Saúde nos municípios e, realmente recebemos muitos *feedbacks* bons. Estão interessados! Estão empenhados! E vários projetos que nós propusemos foram aceites. E eu penso que isto é muito importante... quanto mais a comunidades estiver connosco no plano... melhor ele será desenvolvido. Se me pergunta...se é o perfeito? Não é! Ainda há muito para fazer... ainda há um longo caminho para trilharmos até conseguirmos um Plano Local de Saúde que nós possamos dizer que temos todas as entidades da comunidade estão envolvidas. É verdade que ainda falta fazer muito, mas neste plano as principais foram envolvidas. Penso que num próximo teremos de envolver mais a fundo... estou a falar o que eu penso, a Segurança Social e o Centro de Emprego."

"Ao nível do sal sim! Nós já temos um programa, da região centro, com 10/11 anos em que se começou com a diminuição do sal no pão, por ser um alimento que se consome muito na nossa população e o que é certo é que temos noventa e tal por cento das padarias com teor de sal abaixo do que está previsto na lei. A par desse temos um outro que é a redução de sal na sopa, e aí temos as IPSS e as escolas,

> todas em programa. E… com tudo isto já se nota uma diminuição das hipertensões e as que existem estão mais controladas."
>
> "Ao nível dos diabéticos há um projeto, *tão doce não*, que ao nível das escolas se sente muito, apesar de não estar tão implementado quanto os anteriores. E também começamos há uns anos a crítica aos *buffets* escolares… Crítica num bom sentido! Que é não haver doces e haver os chamados alimentos saudáveis, ou seja, que se oferecesse as sandes em vez dos bolos. Se me perguntar se o número de diabético está a diminuir? Não estão… Mas acredito que estarão mais controlados."

No que é referente aos impactos dos PLS na sustentabilidade do SNS e ao nível da utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e monetários) foi, de modo geral, referido, pelos entrevistados, que esse impacto é tendencialmente positivo, tendo sido unanimemente realçado o seu importante papel na melhoria do trabalho entre as diferentes equipas das Unidades Funcionais e, acima de tudo, o maior envolvimento da comunidade na elaboração e implementação dos PLS e dos programas nele contido.
Mas neste aspeto sublinha-se que ainda há um longo percurso a fazer, no sentido de tornar esta relação de cooperação e de envolvimento de toda a comunidade mais coesas e até mais participada.

8. Conclusões

Após o tratamento dos dados recolhidos com base nas entrevistas realizadas é assim possível tecer conclusões, respondendo-se às perguntas de investigação e verificar o cumprimento ou não dos objetivos traçados.

Assim verificou-se unanimidade dos gestores do ACeS Cova da Beira quanto ao facto de os PLS serem uma ferramenta de Promoção da Saúde, no entanto a apresentação de resultados concretos e mensuráveis ainda é precoce. Esta evidência vai de encontro ao que é apresentado na literatura, na medida em que as intervenções sobre os determinantes da saúde, tais como as que visam a mudança de estilo de vida, que são um dos principais objetivos da Promoção da Saúde, tentam desencadear mudanças comportamentais que, de um modo geral são um processo moroso e complexo. (Courelas, Gonçalves, & Tinto, 2004)

Não obstante foram enunciadas, no ACeS Cova da Beira, tendências positivas na trajetória de alguns indicadores, nomeadamente na melhoria da taxa de cobertura vacinal em todas as faixas etárias, que já anteriormente eram elevadas, e no controlo de algumas doenças crónicas, como a Diabetes e a Hipertensão. Nestas últimas a trajetória positiva está a ser conseguida através de programas de Promoção da Saúde, que não tendo sido iniciados com o PLS, estão contidos nele e que, por questões de ordem clínica, tenderão a ter impacto positivo na redução de problemas de saúde de carácter agudo, como por exemplo nas doenças cardio e cerebrovasculares, entre outros.

No que é referente aos impactos dos PLS na sustentabilidade do SNS e ao nível da utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e monetários) foi, de modo geral, referido pelos entrevistados que esse impacto é tendencialmente positivo, uma vez que ao direcionar os recursos existentes para responder às necessidades concretas das populações, pois estas estão mais envolvidas na gestão da sua Saúde e das suas necessidades, permitindo menor desperdício desses mesmos recursos, como consequência de uma resposta mais eficaz.

Portanto, se existir um maior foco na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas e uma filosofia de *Whole-of- society* é, segundo a literatura, e os resultados das entrevistas deste estudo, possível aumentar, a médio/ longo prazo os níveis de Saúde e bem-estar da população. Se podermos verificar efetivamente níveis de Saúde mais elevados, certamente que os cidadãos recorrerão menos a serviços de saúde de âmbito curativo, que manifestamente são mais dispendiosos, em detrimento dos cuidados de saúde primários, menos dispendiosos.

Mais ainda, é facilmente percetível a relação direta que existe entre o nível de Saúde de uma população e a taxa de absentismo por doença e, portanto, se há menos faltas ao trabalho haverá maior produção de riqueza por isso poderá, na alocação governamental de recursos, registar-se mais investimento no Sistema de Saúde Português.

Assim, e tendo também por base a literatura, os PLS, apesar de serem uma forma de abordagem relativamente recente, se efetivamente envolverem todos os *stakeholders* da Saúde, apresentam-se como uma ferramenta de Promoção da Saúde que tendencialmente tende a ter impactos positivos na sustentabilidade do SNS e na economia Nacional a médio/longo prazo. Mais ainda poderá evidenciar-se impactos positivos ao nível da sustentabilidade da Segurança Social, por via de uma possível diminuição do número de baixas médicas por problemas de saúde evitáveis, nomeadamente daqueles que estão diretamente associados aos estilos de vida e que são o principal foco da promoção da saúde.

Os dados recolhidos, seja no âmbito do estudo empírico, seja da revisão da literatura, apesar de preverem que investir na Promoção da Saúde pode gerar mais e melhores ganhos em saúde e simultaneamente promover a sustentabilidade do SNS a verdade é que o percurso na sua valorização e investimento feito em Portugal ainda é muito recente, pelo que carece de tempo para que efetivamente se reconheçam resultados atribuídos à aplicação dos PLS e das premissas a eles associadas.

Assim sugere-se como linhas futuras de investigação a monitorização das metas preconizadas pelo PLS Cova da Beira e a realização de estudos que possam identificar o trajeto dos indicadores de saúde, no sentido de se perceber se estas são, ou não, efetivamente atingidas. Mais ainda estabelecer uma relação mais precisa e profunda entre os indicadores de saúde e o impacto na sustentabilidade no SNS.

Ao nível das implicações deste trabalho espera-se que as entidades gestoras da saúde e/ou com impacto na saúde das populações (públicas e privadas) olhem para os PLS como um meio importante para, de uma vez por todas, assumir a Promoção da Saúde como o caminho da melhoria sustentada dos níveis de saúde das populações e conseguindo do mesmo modo uma melhor e mais eficaz gestão dos recursos existente.

É importante que as diversas entidades com impactos na Saúde dos portugueses entendam que pessoas saudáveis são pessoas mais produtivas e que tendem a adoecer como menos frequência e a gravidade das mesmas a ser menor, o que tem implicações positivas tanto na qualidade de vida, como na produtividade do país e ainda no controlo das despesas.

Portanto seguir o caminho da generalização dos PLS por todo o país é, potencialmente, estar a promover a saúde e a promover a sustentabilidade do SNS.

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 (DGS, 2016).

Deste modo e apesar do número de entrevistas realizadas constituir uma limitação deste estudo, considera-se que os objetivos deste trabalho foram atingidos, bem como respondidas as questões de investigação.

Realça-se que este estudo não permite extrapolação para outras realidades, pois trata-se de um estudo de caso, mas acredita-se que as informações neste âmbito recolhidas e as conclusões retiradas possam ajudar a valorizar a pertinência dos PLS e os impactos que da sua aplicação, efetiva e completa, possam advir.

Bibliografia

ACeS Cova da Beira & ARS Centro. (2018a). Contrato Programa.

ACeS Cova da Beira & ARS Centro. (2018b). Acordo Modificativo de 2018 do Contrato Programa do ACeS 2017-2019.

ACeS Cova da Beira. (2014). Plano Local de saúde do ACeS Cova da Beira 2014-2016. Covilhã: ACeS Cova da Beira.

ACeS Cova da Beira. (2018). Plano Local de saúde do AceS Cova da Beira 2018-2020. Covilhã: ACeS Cova da Beira.

ACSS. (31 de maio de 2017). Contratualização CSP 2017. Operacionalização do Processo de Contratualização das UCSP e USF. Obtido em 26 de agosto de 2019

Arruda, C., Lopes, S. G., Koerich, M. H., Winck, D. R., Meirelles, B. H., & Ferreira de Mello, A. L. (2015). Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, pp. 169-173.

Assembleia da República. (2016). Grandes Opções do Plano para 2016- 2019. *Diário da República*.

Berger, Louise. (1995). Contexto dos Cuidados em Gerontologia in Berger, Louise & Mailloux-Poirier (Coord.), *Uma Abordagem Global das Pessoas Idosas. Processo de Enfermagem por Necessidade*. pp. 107-121. Lisboa: LUSODIDACTA.

Buss, Paulo Marchiori. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 5, n.º 1, pp. 163-177.

Carta de Ottawa. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde*.

Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional. (julho de 2017). Contratualização dos Serviços de Saúde Pública Locais. Obtido em 26 de agosto de 2019, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/Contratualizac%CC%A7ao-_CRSPN.pdf

Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Costa, J. Almeida & Melo, A. Sampaio e (Coord.). (1960). *Dicionário da Língua Portuguesa*. (5.ª edição). Porto: Porto Editora, LDA.

Courelas, C., Gonçalves, T., & Tinto, S. R. (2004). Financiamento da Proteção e Promoção da Saúde. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*.

DGS – Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde/ Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS - Direção Geral de Saúde. (2016). Desenvolver os Planos Locais de Saúde. Manual de Orientador dos Planos Locais de Saúde.

Diário da República Eletrónico. (2 de abril de 1976). Constituição da República Portuguesa- Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. Obtido em 16 de setembro de 2019, de Diário da República Eletrónico: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/201909161825/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice

Diário da República. (4 de setembro de 2019). Lei n.º 95/2019. Lei de Bases da Saúde, pp. 55-66. Obtido em 28 de maio de 2019, de https://dre.pt/application/file/a/124418384

Flick, U. (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa: Monitor.

Gil, A. C. (2007). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Graça, L. (2015). Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde. Em L. Santos, C. Parente, J. Ribeiro, & Â. Pontes, Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática (pp. 8-14). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, SPPS,Editora, LDA.

Graça. L. (2000). Representações Sociais da Saúde, da Doença, e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa: Parte V – "Pés Quentes, Cabeça Fria, Cu Aberto, Boa Urina – Merda para a Medicina". *Portuguese Saying About Health and Health Care. Part Five* Obtido a 20 de outubro, 2017, em http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos77.hml.

INE. (4 de julho de 2019). Obtido em 24 de Agosto de 2019, de INE- Instituto Nacional de Estatísticas: file:///C:/Users/Marco/Downloads/04CSSaude_2018.pdf

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2011). Metodologia Científica. São Paulo: Editora Atlas.

Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. M. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 23-32

Martins, M. D. (2005). *A Promoção da saúde: percursos e paradigma*. pp. 42-46.

Mendes, Rosa Maria das Neves. (2008). História dos Conceitos de Saúde e de Doença. *Revista Digital NURSING – Edição Portuguesa*. n.º 231. Obtido a 13 de outubro, 2017, em http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing.

Mikhailova, I. (2004). Sustentabilidade: evolução dos conceitos teóricos e os problemas da mensuração prática. *Revista de Economia e Desenvolvimento*, 22-41.

Moreira, C. D. (2007). Teorias e Práticas de Investigação. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. doi:978-989-98206-1-6

Nunes, R. (2014). Regulação da Saúde (3º ed.). Porto: Vida Económica- Editorial, SA.

OMS – Organização Mundial da Saúde. (2012). Health 2020: a European policy framework supporting. Copenhaga: World Health Organization.

Pordata. (1 de maio de 2020). Administrações Públicas: dívida bruta em % do PIB. Obtido em 24 de Agosto de 2019, de Pordata- Base de dados Portugal contemporâneos: https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+d%C3%ADvida+bruta+em+percentagem+do+PIB-2786

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Sampaio, F. A. (2014). *Perfil de um gestor de uma unidade de saúde: Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde*.

Scliar, Moacyr. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*. vol. 17, n.º 1, pp. 29-41.

Segre, Marco & Ferraz, Flávio C. (1997). The Health's Concept. *Revista de Saúde Pública*. vol. 31, n.º 5, pp. 538-542.

Serapioni, M. (2000). Métodos Qualitativos e Quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciências da Saúde Coletiva*, 5(1), pp. 187-192.

Silva, M. V. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, pp. 121-128. doi:10.7458/SPP201269790

Torrati, F. G., Gois, C. F., & Dantas, R. A. (2010). Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 739-744.

Yin, R. K. (1993). *Applications of Case Study Research*. Califórnia: Sage Publications.

Anexo I- Guião de entrevista

Guião de entrevista

Questão 1:

Segundo a DGS os Planos Locais de Saúde apresentam-se como ferramentas de promoção da Saúde.

No seu entender qual o papel efetivo que os Planos Locais de Saúde têm tido na Promoção da Saúde em Portugal?

Questão 2:

Qual o impacto que os Planos Locais de Saúde têm na sustentabilidade do SNS?

Questão 3:

Tendo um papel preponderante na gestão do ACeS da Cova da Beira quais os ganhos em saúde que considera terem sido alcançados desde a aplicação do Plano Local de saúde do ACeS da Cova da Beira?

Questão 4:

Qual o impacto que considera ter havido com a implementação do Plano Local de saúde do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e monetários)?

Anexo II- Consentimento livre, esclarecido e informado para participação em estudo de investigação

Consentimento live, esclarecido e informado para participação em estudo de investigação

Título do estudo: Planos Locais de Saúde como ferramentas de promoção da Saúde- impactos na sustentabilidade do SNS

Enquadramento: O presente trabalho de investigação surge no âmbito da dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde na Universidade da Beira Interior, do aluno Marco António Afonso Rodrigues e que é orientada pela Prof. Doutora Zélia Teixeira e coorientada pela Prof. Doutora Anabela Almeida, ambas Professoras da Universidade da Beira Interior.

Explicação do estudo: Com a realização deste estudo pretende-se conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto ao papel dos Planos Locais de Saúde, em particular do Plano Local de Saúde do ACeS da Cova da Beira, na promoção da saúde e os seus impactos na sustentabilidade do SNS.
No sentido de se atingirem os objetivos deste trabalho recorre-se a uma abordagem qualitativa, descritiva, dedutiva e do tipo estudo de caso. Assim para o efeito, pretende-se realizar entrevistas semiestruturadas gravadas aos profissionais com funções de gestão, inclusos no conselho executivo, no conselho clínico e de saúde e com outras funções de coordenação do ACeS da Cova da Beira.

Confidencialidade, anonimato e recusa de participação: Realça-se que os dados recolhidos serão analisados e tratados apenas para fins académicos e será mantida a confidencialidade das informações prestadas, não havendo associação de qualquer dado pessoal dos participantes às mesmas.
Destaca-se ainda a possibilidade de, em qualquer altura, os participantes poderem recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Grato pela atenção dispensada

O investigador, Marco António Afonso Rodrigues

(Marco António Afonso Rodrigues)
marco.rodrigues.1993@hotmail.com

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.
Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador

Assinatura do participante:

_____

Data: ____ /_____/_____

Anexo III- Autorização das instituições envolvidas

Autorização concedida pelo Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior

FACULDADE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

Departamento de Gestão e Economia

Consentimento da instituição dos autores do trabalho

Título:

Planos Locais de Saúde como ferramentas de promoção da Saúde - Impactos na Sustentabilidade do SNS

Autores:

- Marco António Afonso Rodrigues, aluno do 2.º Ciclo/Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior;
- Zélia Maria da Silva Serrasqueiro Teixeira, Professora Catedrática do Departamento de Gestão e Economia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior;
- Anabela Antunes de Almeida, Professora Auxiliar do Departamento de Gestão e Economia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior.

Covilhã e UBI, 4 dezembro 2018

A Presidente do Departamento de Gestão e Economia da UBI

(Prof.ª Doutora Arminda do Paço)

FACULDADE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

Departamento de Gestão e Economia

Universidade da Beira Interior | Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Estrada do Sineiro
6200-209 Covilhã | PORTUGAL
Tel.: +351 275 329 164 | E-mail: cmag@ubi.pt
www.ubi.pt

Autorização concedida pelo ACeS Cova da Beira

SIGregorio@arscentro.min-saude.pt – Correio Page 1 of 1

Fwd: Investigação para Dissertação de Mestrado Marco Rodrigues (enf. INTERPREV)

Antonio Santos Silva

sex 16-11-2018 17:31

Para:Sandra Isabel Santos Sousa Gregorio <SIGregorio@arscentro.min-saude.pt>;

4 anexos (313 KB)

Consentimento live e informado dos participantes.pdf; Guião de entrevista.pdf; Pedido de apreciação á direção ACeS Cova da Beira.pdf; Pedido de apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.pdf;

---------- Forwarded message ---------
From: **Marco Rodrigues** <marco.rodrigues.1993@hotmail.com>
Date: sex, 16 de nov de 2018 às 15:25
Subject: Investigação para Dissertação de Mestrado Marco Rodrigues (enf. INTERPREV)
To: asantossilva54@gmail.com <asantossilva54@gmail.com>

Boa tarde Dr.

Como falado envio os documentos necessários para a apreciação da autorização do estudo da minha dissertação de Mestrado.

Fico muito agradecido pela sua colaboração

Caso seja necessário deixo os meus contactos:

926017951

marco.rodrigues.1993@hotmail.com

Com os melhores cumprimentos
Marco Rodrigues

Autorizado, desde que tenha obtido o parecer favorável da CR da ARSC.

ACES Cova da Beira
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde
(Prof. Doutor António José S. Silva)

ACES Cova da Beira
Presidente do Conselho Clínico e de Saúde
(Prof. Doutor António José S. Silva)

Autorização concedida pelo Conselho de Ética da ARS Centro

18/21/23

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: Homologado segundo parecer. 23.05.19 Conselho Dire... da A.R.S. do Centro, I.P.

ASSUNTO: Título: "Planos Locais de Saúde como ferramentas de promoção da Saúde- impactos na sustentabilidade do SNS"." **(processo 6-2019)**
Autores: Marco António Afonso Rodrigues, Enfermeiro e aluno do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior/Zélia Maria da Silva Borrasqueiro Teixeira, Professora Catedrática do Departamento de Gestão e Economia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior/Anabela Antunes de Almeida, Professora Auxiliar do Departamento de Gestão e Economia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior.

Dr.ª Rosa Reis Marques
Presidente,

Dr. João Rodrigues
Vogal,

Dr. Luís Militão Cabral
Vogal,

Dr. Mário Ruivo
Vogal,

Os autores apresentam um estudo com o objectivo geral ... "Avaliar a perceção dos gestores de saúde no desenvolvimento e aplicação dos Planos Locais de Saúde.
Pretendem conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto aos Planos Locais de Saúde como ferramenta de promoção da saúde; Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto ao impacto dos PLS na sustentabilidade do SNS/ Conhecer a perceção dos gestores do ACeS da Cova da Beira quanto aos ganhos em saúde que consideram ter sido alcançados desde a aplicação dos Plano Local de saúde/Perceber quais as repercussões da implementação do Plano Local de Saúde do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes (humanos, materiais e monetários).

O estudo decorrerá na ACeS Cova da Beira.
Está prevista a realização de entrevistas semiestruturadas aos profissionais com funções de gestão, inclusos no conselho executivo, no conselho clínico e de saúde e com outras funções de coordenação do ACeS da Cova da Beira. Tendo por base a própria estrutura orgânica do ACeS Cova da Beira tem-se como população alvo deste estudo os 14 profissionais que desempenham funções no conselho clínico e de saúde, no conselho executivo e com outras funções de coordenação do ACeS Cova da Beira, nas 10 Unidades funcionais que o constituem.
O estudo obteve aprovação das diferentes instituições envolvidas.
É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes. A garantia da confidencialidade dos dados obtidos, está assegurada. Não estão previstos custo imputáveis ao ACeS Cova da Beira, nem há ARS Centro.

O Relator: Profª. Doutora Isabel Vitória Figueiredo

Isabel Vitória

O Presidente da CES-ARS do Centro: Prof. Dr. Fontes Ribeiro

Anexo IV- Transcrição das entrevistas

Entrevista A

Entrevistador: "Segundo a DGS os Planos Locais de Saúde apresentam-se como ferramentas de promoção da Saúde. No seu entender... qual é o papel efetivo que os Planos Locais de Saúde têm na Promoção da Saúde em Portugal? Portanto mais no geral, neste momento."

Entrevistado A: "Em termos do que está estruturado, sem dúvida... que houve aqui uma inversão clara do paradigma em termos de organização e planeamento em saúde nos últimos tempos, e isto.....ah.... enquadrado no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários que foi, portanto, iniciada em 2008, em que uma das situações que se verificou nessa reforma foi claramente que, localmente, as pessoas se organizassem e tivessem autonomia em termos organizacionais para a governança clínica de saúde, pronto. E outra situação que até aí não existia era que os planos até aí eram verticais, ou seja, todos nós nos antigos centros de saúde trabalhávamos determinados planos, estamos a falar de saúde infantil, saúde materna, saúde familiar..., ou seja, todos trabalhávamos, eram produzidos dados, alguns é evidente que não informatizados, ainda manuais mas esses dados eram enviados pelas juntas de coordenação local para a tutela. Portanto havia os resultados a nível nacional, nós nunca tínhamos resultados a nível local. Esta é aqui uma das grandes situações. Em 2008 passa, claramente, a governança clínica de saúde para os ACeS, que não têm autonomia financeira mas que têm autonomia ao nível da governança clínica e começa a empoderar as unidades (as USF´s – Unidades de Saúde Familiar; as UCSP´s - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, similares às USF´s; depois as UCC´s - Unidades de Cuidados na Comunidade; as URAP´s - Unidade de Recursos Assistenciais partilhados; e as USP´s - Unidades de Saúde Pública), portanto, em termos locais. E o que é que acontece? Começa aqui a haver um novo paradigma que é as cartas de compromisso, com contratualização de indicadores e aquela equipa organiza-se, mas começa a trabalhar em termos de uniformização de resultados e de melhoria dos indicadores de saúde. E aqui... penso eu, no meu ponto de vista, que começa a grande diferença, porque até aí dizia-se que o Centro de Saúde da Covilhã trabalha muito bem! Não o Centro de Saúde do Fundão é que trabalha melhor! Não... é o de Belmonte! Só que mandava-se os dados para a Sub-Região, a Sub-Região enviava para a ARS, a ARS fazia chegar à tutela, e fazia-se a avaliação Nacional dos programas, mas não se sabia se o Fundão trabalhava melhor do que Belmonte, e aqui começou, claramente, a inversão da avaliação em termos de indicadores locais. Há uma equipa que trabalha com indicadores comuns e onde é feita

uma avaliação com base em resultados e onde há uma carta de compromissos que os coordenadores, em representação dos profissionais, assinam, no sentido de saberem para onde é que estão a trabalhar e o que é que estão a conseguir. Portanto isto foi uma mudança grande.

Essa mudança trouxe, no meu ponto de vista, outras situações de necessidade que era... Nós já falamos nos Diagnósticos de Situação de Saúde, que é uma coisa que já tem muitos anos, desde as reformas da Saúde Pública... só que os diagnósticos faziam um levantamento dos problemas e necessidades de Saúde da população, eram trabalhos académicos interessantes...eram trabalhos que muitos Centros de Saúde tinham, outros não... a própria Sub-Região também tinha os seus próprios diagnósticos de situação, acabava por investir um bocadinho mais numa área ou na outra, em termos de programas específicos mas continuava sempre num âmbito vertical. Portanto aqui o que é que acontece? Temos, sem dúvida, que esses já tinham um bocadinho mais um aspeto real, da nossa realidade, porque trabalhavam com base na nossa realidade. Aí os nossos Diagnósticos de Situação começaram a ter algum impacto porque durante a contratualização havia 2-3 indicadores, dos 20 e tal que se contratualizavam, que já eram considerandos os problemas de saúde prioritários da região. Isto começou em 2008. Nós operacionalizamos em 2009, com o ACeS, com o Agrupamento de Centros de Saúde. Nos últimos anos... que nós tenhamos começado aqui a sentir mais um bocadinho... a partir de 2014-2015, começou a haver mais movimentação, no sentido de que os Diagnósticos de Situação deviam de estar em todos os locais e que deviam ser criados os Planos Locais de Saúde e que devia ser com base nesses Planos Locais de Saúde que se devia trabalhar em termos locais, ou seja, a base de trabalho das Unidades deviam estar fundamentadas nos problemas e nas necessidades reais daquela população e não um pouco no global. Essa situação foi um processo lento... nessa fase, em 2014-2015, portanto, houve aí uma tentativa da própria Direção Geral de Saúde, de que todas as instituições, nomeadamente os ACeS elaborassem o seu Plano Local de Saúde e não só elaborassem como o divulgassem. Em 2015, e depois reformulada em 2016, verificou-se uma resenha Histórica para os Planos Locais de Saúde, portanto, aí quase que nos obrigaram, (entre aspas) a elaborar um plano... um documento que servisse um bocadinho de base... nós fizemos isso em 2015 e depois em 2016 e nessa fase nós elaboramos um Plano Local de Saúde, um bocadinho básico, com base no nosso plano de ação e com base nos nossos Diagnósticos de Situação do ACeS em 2013. Agora se são uma ferramenta de Promoção da Saúde? Eu penso, claramente, que são. Mas em termos da filosofia de operacionalização só praticamente na contratualização de 2017-2018, que foi quando fizemos a contratualização que fazemos internamente com as Unidades que temos no ACeS e depois fizemos a contratualização externa com a ARS é que os Planos

Locais de Saúde começaram a ter o seu impacto, ou seja, foi com o novo modelo de contratualização, implementado nos finais de 2017, que começou a ser claro que para cada Unidade funcional elaborar o seu plano de ação (PAUF- Plano de Ação da Unidade Funcional) tinha que ter como subjacente os principais problemas de saúde que estavam identificados nos Planos Locais de Saúde. Porquê? Porque o novo modelo de contratualização, enquanto o outro modelo era um modelo fechado, ou seja, tinha 12 a 16 indicadores nacionais, tinha 4 a 6 indicadores regionais, tinha 2 locais, portanto que era onde nós colocávamos a nossa situação. Portanto eram situações fechadas... enquanto este novo modelo de contratualização não. Não tem indicadores fechados, portanto, que atingimos com metas... do 50%, 30% ou 60%, mas tem índices de desempenho global que é atingido por índices de desempenho sectoriais que avaliam não só a prática clínica, como a qualidade da mesma; como se temos, ou não, programas de melhoramento da qualidade, do acesso da prestação de cuidados; se temos, ou não, formação e educação; ou se cumprimos os procedimentos, por exemplo na indicação de Novos Médicos de MGF, de especialidade... Portanto, não nos vai só buscas as áreas assistenciais. É evidente que nos índices sectoriais há indicadores a colaborar para lá, mas já não é aquela percentagem fixa, desde que estejamos entre aquele valor e aquele já estamos no patamar 2, se estivermos ali próximos estamos no patamar 1 e se não atingirmos minimente e ficarmos acima ou abaixo estamos no patamar zero. Relativamente mesmo às equipas das Unidades, só... portanto, agora com esta nova metodologia, é que eles começaram a incorporar mais a necessidade de ver o que é que está no seu Plano Local de Saúde, quais é que são os principais problemas identificados e a partir daí poder intervir mais uniformemente. Para concluir um bocadinho estas questões eu diria que, sem dúvida que os Planos Locais de Saúde representam uma boa ferramenta no âmbito da Promoção da Saúde, mas efetivamente em termos práticos nos cuidados de Saúde Primários, eles, em termos do ACeS local só começaram a ter um pouco o seu impacto a partir do momento em que nós fizemos o processo da contratualização, portanto em 2017-2018, já com este novo modelo de contratualização que já tem como base os problemas e as necessidades que estão identificados no Plano Local de Saúde."

Entrevistador: "Então aqui, pelo que estou a perceber, existe uma relação direta entre a contratualização e o modo como esta é feita e, portanto, entre os recursos que chegam ao ACeS e os resultados em saúde que lhe estão associados."

Entrevistado A: "Sim sim!"

Entrevistador: "Isso... fazendo agora aqui um paralelismo com as perguntas... no âmbito regional, ao nível da gestão de pessoal... de pessoal já percebi que sim no que toca

àqueles indicadores não assistenciais... a existência de médicos, de enfermeiros de família, terá implicações nesse aspeto."

Entrevistado A: "Hum...Hum!" (acenar positivo da cabeça)

Entrevistador: "E também ao nível de toda a gestão financeira... que está implícita e que, portanto, implicam a sustentabilidade, neste caso do ACeS, e depois, que poderão ter ou não, influência na sustentabilidade do SNS. Diga-me se eu estou a fazer aqui bem o paralelismo, ou nem tanto."

Entrevistado A: "É assim... aqui a grande questão tem mais a ver com a qualidade do que com a gestão em termos financeiros... Tem mais a ver com a qualidade porque... como eu comecei por dizer... com a reforma dos cuidados de saúde primários houve autonomia organizacional e clínica, não houve financeira... Nós, a partir de 2008, o que houve... foi a criação do ACeS com a coordenação clínica e de Saúde, portanto, com autonomia em termos organizacionais e não há autonomia financeira. E agora, e o que eu à pouco tentei dizer, é que até 2008 todos os programas eram normalizados em termos de Direção Geral de Saúde e eram do topo para a base, ou seja, havia o programa, nós sabíamos o que tínhamos de efetuar aqui e fazíamos os respetivos registos, alguns deles manuais e que mandávamos para a Sub-Região (ARS) e a ARS depois mandava para a Direção Geral de Saúde (tutela) e era assim todo o processo de governação. Ou seja, nós não tínhamos o *feedback* da forma como trabalhávamos, bem como não tínhamos espaço, embora existisse a promoção da Saúde local, tendo em conta as necessidades, mas esse não era muito alargado e tínhamos de fazer o cumprimento básico dos Programas. A partir de 2008, com esta situação começamos a ter autonomia organizacional e aí começou aquele processo de contratualização com base em indicadores, e aí nós começamos a fazer a monitorização e a nossa autoavaliação, portanto, não obstante de termos programas também verticais mas temos também outros programas que são da nossa área... problemas locais... e temos, por outro lado o *feedback* da avaliação, é evidente também económica... se são prescritos mais ansiolíticos, se há prescrição de terapêutica que não é adequada... aqui já implica uma parte clínica. Mas o que nós fazemos aqui é essencialmente a governação clínica. Com esta metodologia agora de 2017, com o novo modelo de contratualização... este modelo já quer claramente que as unidades locais vão buscar e identificar os seus problemas locais de saúde e é-lhes dada uma maior abertura, como eu já disse... anteriormente de todos os indicadores só tínhamos 2 que eram locais, neste novo modelo de contratualização não... já é dada uma maior abertura para as áreas não assistenciais, de promoção da saúde, que devem ser fundamentadas com base nos problemas locais, identificados nos Planos Locais de Saúde, e não só os problemas nacionais. E é por isso

é que os Planos Locais de Saúde devem estar alinhados com o Plano Regional e este com o Nacional de Saúde. Isto não impede, porque temos essa margem, que identifiquemos situações, que possamos trabalhar localmente, ao passo que à uns tempos nós identificávamos os diagnósticos de situação e depois nós com base nos diagnósticos de situação criávamos 2 indicadores, dos 20, que fossem vocacionados para os nossos problemas... a hipertensão...doença oncológica por exemplo."

Entrevistador: "Pronto, já percebi que existe aqui uma separação entre a parte clínica, que é a função do ACeS, e que está representada pelo Plano Local de Saúde e a parte financeira... mais numérica... mais ao nível dos recursos."

Entrevistado A: "Só há qui uma diferença relativamente ao que existia antes, porque o processo de autonomia financeira dos ACeS é algo que está para avançar este ano, em termos experimentais, com uma experiência ou duas piloto ao nível nacional. Qual é que é a diferença? Aqui há uma situação que já começou a ser diferente que era as Unidades, a partir de 2017, poderão receber incentivos institucionais. As USF's de modelo B recebem já incentivos financeiros, que era uma situação que não era contemplada e é a única situação em termos financeiros em que houve alteração. O que é que temos? USF's é uma Unidade de Saúde Familiar que é constituída por... médicos, enfermeiros e assistentes técnicos na proporção normal, em termos gerais, de 3 médicos, 3 enfermeiros e 2 assistentes técnicos para uma proporção de 5 a 6 mil utentes. Esses profissionais dão assistência das 8h às 20h aos utentes que estão inscritos e têm uns determinados indicadores a cumprir. Pronto, assinam uma carta de compromisso... se houver o cumprimento desses indicadores, neste momento, do índice de desempenho global, as Unidades recebem incentivos financeiros."

Entrevistador: "Então e esse índice de desempenho global está explanado ali nos Planos Locais de Saúde ou são à parte?"

Entrevistado A: "Não... são à parte. Esses são explanados numa plataforma específica dos Cuidados de Saúde Primários."

Entrevistador: "Mas no geral vão beber ao Plano Local de Saúde?"

Entrevistado A: "Têm que ir beber ao Plano local de Saúde. O Plano Local de Saúde serve para construírem o seu Plano de Ação da Unidade Funcional que é o PAUF. Agora, neste momento a equipa da USF tem de chegar a um patamar de qualidade organizacional e de cuidados... para cumprir os tais indicadores... para passar a modelo B... e aí é que já começa a receber incentivos. Caso contrário, não recebe."

Entrevistador: "Esses indicadores são muito virados para a promoção ou...?"

Entrevistado A: "Para a produção e promoção. Há os Índices de desempenho setorial, há indicadores que estão a contribuir para esses IDS's, uns têm a ver com acesso, outros têm a ver com a qualidade, outros têm a ver com a organização, outros têm a ver com a área da formação e investigação, outros têm a ver com a colaboração com outras entidades."

Entrevistador: "Esta será a relação que a literatura que tenho consultado me tem mostrado. É que os Planos Locais de Saúde, ao promoverem uma intrusão de toda a comunidade, sejam estas instituições públicas ou privadas, os próprios profissionais de saúde... levar a que estejam todos mais concatenados com a promoção de saúde que levará, daqui alguns anos, a uma diminuição da incidência de terminadas doenças... e o que diz a literatura, é que havendo menos doença num futuro... que não será propriamente de hoje para amanhã porque, por exemplo, as crianças de hoje, onde existe um investimento para a promoção da Saúde grande ao nível das escolas, pelo que estive a ver no Plano Local de Saúde do ACeS Cova da Beira de 2014-2016, serão os adultos de amanhã. E esta é a relação que a literatura diz que tem tendência a acontecer que é trabalhar a promoção da Saúde hoje, por exemplo em crianças, em idade adulta eles terão menos probabilidade de adoecer. Como se sabe a medicina curativa é muito mais cara do que a promoção da Saúde e prevenção da doença. Só por aí haveria uma redução, a longo prazo, da despesa e se há uma diminuição da despesa, à partida, estaremos a promover a sustentabilidade do SNS."

Entrevistado A: "Mas isso é feito no âmbito da contratualização. Nos ACeS há um conselho clínico... e o que é que se pretende com as Unidades? É que haja melhoria dos indicadores de qualidade de cuidados, de acesso... uma melhor prescrição... por exemplo, neste momento há uma coisa que não se fazia que é a monitorização de prescrição... Nós neste momento temos uma monitorização das prescrições do prescritor. Com isto pretendemos que haja uma qualificação da qualidade da prescrição, visando a redução de custos. E esses recursos poderão ser utilizados em áreas de prevenção e rastreios. Podemos ter a mesma verba e isto, como eu disse é feito pela ARS, e podemos alocá-las em outras áreas. Por exemplo, um dos nossos focos é a prescrição de tiras de glicemia a diabéticos tipo II, não insulinodependentes. Nós sabemos... e há normas da Direção Geral de Saúde, em termos de qualificação da prescrição, em que os utentes com diabetes tipo II, não insulinodependentes não necessitam de fazer o controlo glicémico diário. Ou seja... tudo o que nós andamos a passar de tiras de glicemia para diabéticos tipo II, não insulinodependentes é dinheiro desperdiçado... pois não leva a melhoria do seu estado de saúde individual. Essas pessoas podem fazer o controlo. Basta uma hemoglobina glicada de 6 em 6 meses que, lá está, é um indicador... se um utente tem ou não uma

hemoglobina glicada nos últimos 6 meses inferior a 8… é um indicador contratualizado com a equipa. Então se está provado que os diabéticos tipo II, não insulinodependentes, desde que façam o seu controle em termos de hemoglobina glicada, não necessitam fazer a sua picada sistemática então vamos acabar com os milhões de euros que se gastam nas tiras para avaliação glicemia capilar. Isto é um trabalho que tem de ser feito com médicos, com enfermeiros…"

Entrevistador: "Aí para além dos recursos monetários vai também envolver a parte humana…"

Entrevistado A: "E a qualidade clínica. O que é que estamos de fazer? Primeiro, identificar o que é que estamos a prescrever… pegar na orientação técnica e dar conhecimento aos profissionais que a prestação de cuidados que eles estão a ter com aquele utente, o dinheiro que estão a gastar com ele… em nada o vai beneficiar e que, portanto, estamos a prejudicar a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde."

Entrevistador: "Isso tudo em termos regionais…?"

Entrevistado A: "É a nível regional…

Entrevistado A: "Para avançarmos para outras áreas, nomeadamente… uma situação que nós temos no âmbito do departamento de saúde pública, que está identificada e que nós temos problemas… é a área oncológica, que tem um peso significativo no nosso ACeS. E há aqui uma coisa que nos custa dizer, que é assim… quando nós temos um elevado número de casos… ou há fatores inalteráveis que os predispõem e…ou… ainda não temos a qualidade assistencial que devíamos ter de forma a prevenirmos ou detetarmos mais precocemente as situações. Nós se conseguirmos poupar naquelas áreas que nós estamos a desperdiçar dinheiro… que não tem interesse para o utente… se nós temos provas científicas que aquilo que estamos a fazer ao utente em nada contribui para a sua saúde… vamos poupar nesses recursos e vamos investir em rastreios. Por exemplo, nós este ano conseguimos o rastreio do cancro do cólon retal… teve que ser uma ginástica tremenda para conseguirmos implementar o rastreio. E neste momento o nosso principal foco até ao final do ano vai ser as tiras de glicémia… mas já tivemos outros."

Entrevistador: "Agora… respondendo aqui à questão número 3 que é… quais os ganhos em saúde que considera terem sido alcançados desde a aplicação do Plano Local de Saúde do ACeS da Cova da Beira?"

Entrevistado A: "É assim… como eu disse, nós em termos dos Planos Locais de Saúde… é um processo novo inclusivamente isto avançou em termos da necessidade de todos os ACeS em constituir o seu Plano, como já disse tínhamos o de 2014 que era

embrionário e até está publicado na Direção Geral de Saúde. Agora... o que se notou depois é que houve, em termos da região, uma desuniformização em termos de Planos Locais... havia uns mais completos outros menos completos... e isto foi implementado pelo grupo técnico regional e esse grupo tem reuniões semestralmente e por acaso uma foi na Covilhã, na Universidade da Beira Interior, na Faculdade de Ciências da Saúde... e o que é que aconteceu? Portanto, verificou-se que não havia homogeneidade, não só em termos de planos locais... mas também em termos de indicadores, de áreas etc. E foi constituído então um grupo de trabalho em termos regionais numa tentativa de uniformização do conteúdo, não só dos planos, mas também dos diagnósticos de situação. E esse grupo de trabalho acabou por concluir o trabalho em julho e em setembro vamos avançar para a elaboração do novo plano local de saúde dos diferentes ACeS e ULS. Portanto, neste momento, a nível local é embrionário... a nível regional já é diferente... ou seja, nós não temos muito impacto dos ganhos de saúde locais, embora tenhamos alguns dados. Nós não podemos dizer que... com base no nosso Planos Local já identificamos ganhos em saúde naquelas áreas, isso ainda é precoce. O que já não é precoce é nos regionais porque aí já se tem um patamar histórico maior e o plano regional de saúde é da responsabilidade do departamento de saúde pública da ARS centro e eles identificando os problemas de saúde da região implementaram determinados programas de prevenção... e aí nós já conseguimos ter resultados concretos e ganhos em saúde que podemos comprovar com a implementação..."

Entrevistador: "Ou seja, por exemplo no caso da situação da retinopatia diabética sabendo que existe, hipoteticamente, na região uma elevada taxa de diabéticos... havendo uma promoção... Portanto, havendo esses programas que me fala permitiu detetar precocemente pessoas que estavam em risco ou que estavam numa fase muito inicial e tomar medidas preventivas e ter os tais ganhos em saúde."

Entrevistado A: "Também é o caso do âmbito da vacinação, rastreio do cancro da mama e nesse aspeto... temos um patamar de mulheres vigiadas muito... muito elevado... que através de uma unidade móvel que está de 2 em 2 anos nos cuidados de proximidade, em que há uma articulação com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, faz uma convocatória de todas as mulheres... E aqui nós conseguimos ver todos os processos e saber o que é que está a acontecer na região Centro, mas essencialmente a nível regional. Aí eu posso dizer que os Planos Regionais de Saúde já podem comprovar ganhos efetivos em saúde em determinadas áreas. Outra situação dos Planos Locais é que devia ter uma abrangência maior em termos da comunidade... é evidente que temos neste momento... portanto, os Agrupamentos dos Centros de Saúde contemplam o concelho da comunidade que têm elementos da área Hospitalar, dos Municípios, da Educação, da

Segurança Social... que são parceiros... mas o ideal nos Planos Locais de Saúde era não se ter apenas como base a situação das parcerias, tem que se trabalhar em parcerias, mas era também importante que os Planos Locais de Saúde fossem tidos como área de intervenção local e de política... local, no sentido da melhoria do estado de saúde dessa comunidade e nessa parte ainda há um trabalho longo a ser feito, ou seja, neste momento o Plano Local de Saúde acaba por servir de base às instituições de saúde... mas o ideal mesmo era uma intrusão maior com a comunidade. É evidente que todos nós chamamos para nós protagonismo em termos de melhoria da qualidade de vida da população... toda a gente tenta puxar sempre o protagonismo para eles. Mas eu considero que há algo que é fundamental numa comunidade que é a qualidade e a saúde que a pessoa tem... a qualidade de vida melhora os níveis de saúde só por si. E aí eu considero que se houvesse, localmente, maior preocupação em conhecer o diagnóstico de saúde da sua comunidade e se começasse a definir políticas com base nessas áreas... eu penso que todos ganhávamos. O exemplo da obesidade... se nós dissermos às pessoas que devem fazer, por exemplo, atividade física regular... e se, por exemplo, as pessoas saem de casa e têm uma estrada onde só passam carros e não têm qualquer hipótese económica de ir para um ginásio... a pessoa sai à primeira vez, sai à segunda, mas não sai à terceira. E não é por acaso que nós às vezes organizamos caminhadas saudáveis... das primeiras vezes vinham 100 pessoas, a segunda vez vieram 70, a terceira vez vieram 40, na quarta vez vieram 20, depois começaram as desculpas... está a chover, está a nevar, está sol, está não sei o quê e depois acabou por se extinguir porque não há adesão. E se a autarquia estiver dentro do assunto? As pessoas até podem gostar de praticar atividade física, mas a cidade não tem condições... ok... então vamos ver o que se pode fazer... uma ciclovia, um jardim ondes as pessoas possam ter alguns equipamentos... isso trata-se de uma medida preventiva. O que eu digo é que era importante que todos os organismos se sentassem à mesa e trabalhassem... A saúde é um bem primordial de uma comunidade que contribui claramente para o seu bem-estar, e a qualidade de vida que a comunidade oferece influencia claramente o estado de saúde da população. Por isso no Plano Local de Saúde... o ideal era ter o envolvimento de toda a comunidade na sua elaboração, para haver uma apropriação do mesmo por parte de todos. Fala-se na municipalização dos serviços, não sei se será essa a resposta. Fala-se nos Planos de Saúde municipais... fala-se e é provável que avancem. Temos já os planos municipais de educação e tenho algum conhecimento desses. Pronto... é um caminho, mas no meu ponto de vista... é extremamente importante esta implementação local mas não só, a envolvência de todos na sua elaboração... os processos são lentos embora nós, aqui no ACeS Cova da Beira, tenhamos uma boa articulação com todas as nossas autarquias."

Entrevistador: "Bem… a entrevista já está a finalizar… mas acho que ficou claro o seu ponto de vista… mas lá está ainda há questões difíceis de responder por ser algo muito recente…é complicado porque ainda não consegue evidenciar ganhos em saúde específicos…"

Entrevistado A: "O que aqui eu diria nesta questão, o papel efetivo que os Planos Locais de Saúde têm tido no âmbito da promoção da saúde em Portugal… portanto, neste momento os Planos Locais, no meu entender, o papel efetivo ainda é embrionário. Agora ainda há uma questão que é clara, neste momento há uma orientação para os profissionais de saúde poderem trabalhar na promoção da saúde. O nosso foco com o Plano Local de Saúde é este…"

Entrevistador: "Então o papel efetivo dos PLS é que são uma linha mestra que existe…digamos assim"

Entrevistado A: "É uma linha mestra que permite às equipas fundamentar projetos e promover uma uniformização em termos de trabalho. Por exemplo, temos a hipertensão… o que nós vemos de imediato é… vamos controlar os hipertensos pela equipa de saúde familiar, é o que se vê de imediato… consultas de hipertensão. Ok… então e o resto? O que é que se faz? Bem… temos que tentar descobrir o que está por detrás… vamos começar a trabalhar na UCC, nas escolas, trabalhar na saúde pública por exemplo na comunidade… nas padarias, nos restaurantes. E por exemplo, nós temos em desenvolvimento projetos que a comunidade nem se apercebe e intervenções que a comunidade nem se apercebe que as estamos a ter. Há uma equipa de técnicos de saúde ambientais que fazem um trabalho individual com cada padaria mas tem que ser homogéneo com todas… porque se eu vou tirar sal da padaria do António, eu também tenho que começar a tirar sal da padaria do José. É verdade que na Cova da Beira temos todas as padarias cadastradas no programa Pão.come, estão todas com redução de sal… o patamar de nível de sal baixou em todas significativamente, mas a comunidade nem se apercebeu. Começámos com a Sopa.come com as escolas, lares… redução de sal na sopa. Tem que se fazer a monitorização progressivamente, isto para dizer que há uma linha orientadora. Iremos ter os resultados mais a longo prazo porque não são coisas imediatas… começamos a ter. Por exemplo, há alguns indicadores que nós tínhamos que nos eram desfavoráveis e que agora estão em melhoria. Aquele da vacinação… nós, por exemplo, sabemos que se tivermos uma elevada taxa de vacinação não temos casos de uma determinada doença. Outra coisa são estas… que é a longo prazo."

Entrevistador: "Por exemplo neste caso da vacinação… podemos considerar que se as pessoas não adoecem, temos um ganho em saúde."

Entrevistado A: "Claro exatamente e, por exemplo, noutras áreas como a da saúde oral… aqui por exemplo na Cova da Beira e nomeadamente o Concelho da Covilhã, era um grande foco de doença de cárie dentária. Quando vim aqui para a Covilhã, à 30 anos atrás, eu dizia que era a melhor terra para os dentistas… para tratar e extrair dentes era fantástico, havia um elevado índice de cárie dentária que estaria associado, segundo estudos feitos em 88, ainda pela antiga sub-região de saúde de Castelo Branco… que tinha a ver com a fluortose da água, portanto da existência de flúor na água. E a uma determinada altura a forma de combater rapidamente a situação, foi flúorestar a água… houve um investimento elevadíssimo, na altura, da autarquia… que era injetar grandes quantidades de flúor na água. É evidente que o ter ganhos, na altura, era maior mas o desperdício também era muito grande. Iniciou-se mais a educação e promoção para a saúde nas escolas, depois conseguiu-se fazer, por exemplo, o bochecho do flúor a partir dos 6 anos. Mas depois muitas crianças aos 6 anos já levavam cáries dentárias para a escola e, então, começou-se com a administração de flúor desde a nascença. Isto levou a que se conseguisse em meia dúzia de anos termos ganhos evidentes."

Entrevistador: "Ou seja, na prática, este plano vem formalizar grande parte das intervenções. Agora aqui em relação à sustentabilidade, voltamos ao mesmo ponto do pouco tempo…"

Entrevistado A: "A sustentabilidade de um Serviço Nacional de Saúde… é assim, se nós tivermos definidos claramente quais é que são os problemas e soubermos como intervir neles… aí claramente nós definimos quais os prioritários e deixamos de andar a fazer outras atividades e direcionar os recursos para aquelas áreas."

Entrevista B

Entrevistador: "Segundo a Direção-Geral de Saúde os Planos Locais de Saúde apresentam-se como uma ferramenta de promoção da saúde. No seu entender qual é o papel efetivo que os Planos Locais de Saúde têm na promoção da saúde em Portugal? Abordando uma visão mais ampla."

Entrevistado B: "Eu penso que... estes novos formatos de Planos Locais de Saúde, que são diferentes dos Planos que tínhamos antigamente, portanto, os planos verticais e penso que esta mudança foi altamente positiva, uma vez que ao serem feitos de baixo para cima, têm uma mais-valia, no sentido da maior proximidade aos problemas e portanto dá-nos uma visão... mais... local e, portanto, mais próximo das necessidades... da comunidade e, ao mesmo tempo, também que haja aqui uma corresponsabilização da equipa, porque nós é que formulamos esses planos... havendo uma corresponsabilização para atingir esses objetivos. Portanto, permite... uma adequação dos programas às necessidades locais... maior do que tinham os planos que eram verticais e, portanto, acho que é essa a sua grande virtude... a grande mais valia destes planos."

Entrevistador: "E ao nível de intervenções, já percebemos que, pelo que já disse, há uma proximidade muito maior dos cuidados... que é um dos grandes pilares dos Planos Locais de Saúde, o envolvimento da comunidade..."

Entrevistado B: "Claro! É isso que eu estava a dizer... sendo um plano... sendo uma mudança de plano que é feito ao contrário, portanto, tem uma organização mais local... Há aqui uma visão das necessidades, uma priorização das necessidades de acordo com... portanto, a área da comunidade em si... e por outro lado... há aqui também um compromisso, o envolvimento de todas as estruturas da comunidade, das instituições que estão nessa comunidade... para se conseguir atingir estes objetivos. Eu penso que isto é o grande papel que Planos Locais têm."

Entrevistador: "E isso tem uma aplicação grande ao nível da promoção da saúde?"

Entrevistado B: "É evidente que é mais pela promoção da saúde! O objetivo do Plano Local é, acima de tudo, a promoção da saúde e da prevenção da doença. Não vamos tanto para a parte curativa... mas o objetivo é investir, precisamente, na promoção... vamos lá ver... na prevenção primeira e secundária."

Entrevistador: "Portanto intervir ao nível dos determinastes de saúde... Pega-se ali um pouco na teoria Salutogénica que tem sido muito defendida nos últimos tempos..."

Entrevistado B: "É mesmo isso que nos parece ser... e que no fundo... é para essa que os cuidados primários têm a sua vertente."

Entrevistador: "E qual é o impacto que os Planos Locais de Saúde têm na sustentabilidade do SNS?"

Entrevistado B: "Vamos lá ver... todo o investimento na prevenção vai melhorar a sustentabilidade do SNS. É evidente que a prevenção tem custos e tem custos também elevados, mas não tão elevados como seja para tratar a doença. Por isso é que os serviços, nos cuidados primários, são muito mais baratos do que os cuidados secundários... os hospitalares, que obrigam a investimentos de ponta e têm uma necessidade de orçamento muito mais... muito mais pesado. É evidente que a diferença é que nós quando estamos a intervir na prevenção primária, nós vamos ter os ganhos em saúde a curto, a médio, mas também a longo prazo e, portanto, temos que ver é nessa perspetiva... e é por ai que temos que ir. Portanto, é sempre mais barato investir na prevenção primária... é importante também, na redução de custos diretos, ...nas idas aos serviços de urgência... estamos também falar na diminuição dos internamentos evitáveis, portanto, e é por aí que, efetivamente, estão os custos do SNS a diminuir e, portanto, a melhorar a sustentabilidade. O objetivo dos cuidados primários deve ser esse... deve ser ajudar os cidadãos a preservar a sua saúde, depois a diminuir os fatores de risco para... portanto... diminuir também a probabilidade de doença e depois também, sempre que possível, diagnosticar precocemente, de maneira a que se possa tratar de uma maneira mais... mais eficaz e com menos efeitos secundários e menos complicações. Por outro lado, a mim parece-me que os Planos Locais têm mais benefícios se houver uma gestão local e uma planificação local, para melhor rentabilizar os seus recursos quer humanos, quer materiais do que se for feito à distância... Claro que aqui continuamos com falhas, e... para mim, uma das falhas é os ACeS não terem autonomia financeira porque, apesar de terem alguma autonomia mas não têm a total autonomia financeira que eu penso que deveriam ter e, portanto, se houvesse aí mais proximidade para que os nossos planos fossem, também, financiados mais localmente... mais próximo do conhecimento das realidades locais, ainda haveria também mais rentabilização e, portanto, mais aproveitamento. De qualquer modo... por outro lado, os Planos Locais de Saúde ajudam a melhorar os recursos... pessoas mais saudáveis, leva a menos absentismo...pelo que depois se poderá alocar de maneira diferente os recursos gerados. Estas coisas...estão, portanto, ligadas. Mas acredito que ter alguma margem financeira seria importante, e isso facilitava algumas respostas imediatas... que nós necessitamos e, portanto... de não estarmos sujeitos alguma burocracia a dificultar respostas, enfim, em determinados âmbitos. Estamos a falar de recursos e estamos a falar também de algumas compras...

compras imediatas, não estou a falar de compras muito voluptuosas. Portanto eu penso, e pelo que já disse, que centralizar tudo nas ARS´s não é benéfico… e centralizar, também, em Lisboa muito menos. Portanto, eu penso que, efetivamente, a descentralização financeira também é importante… claro… claro que com supervisão…com todo o controlo. E também outra coisa que me parece que poderá ser benéfica é termos mais capacitação de recursos humanos na gestão e, portanto, essa parte é que também nos falha localmente, quer dizer… nós deveríamos ter mais formação na área da gestão ou ter pessoas com uma formação mais avançada nessa área, para que depois nos possam ajudar nesse aspeto."

Entrevistador: "Nesse aspeto parece-me já notar a mentalidade dos Planos Locais de Saúde, porque ter aqui a Faculdade…permite formar profissionais na área da gestão e, portanto, criar ativos na área da gestão… aqui para o ACeS. Portanto tem-se aqui já uma possibilidade de cooperação entre a UBI, que é uma instituição de ensino aqui da região com o ACeS, no sentido de o melhor capacitar para responder aos desafios da gestão de recursos. Não esquecendo, claro, a formação de profissionais de saúde que é desenvolvida aqui pela UBI."

Entrevistado B: "A nossa Universidade teve um impacto brutal nos cuidados de saúde regionais, desde os cuidados de saúde hospitalares até aos primários. Estamos a falar em algo que é diretamente ligada à saúde, até porque tem áreas específicas da Saúde, mas a gestão está ligada à Saúde… inequivocamente! Nós não podemos deixar de ver nessa perspetiva… e portanto essa foi uma grande mudança que tivemos nestes últimos anos… de perceber que nós todos temos que saber gerir bem as coisas e a verdade é que temos que conhecer os nossos dados apurados e depois com os dados bem apurado também podemos saber gerir melhor e, portanto, sem dúvida que a ligação da faculdade é extremamente importante e foi uma mais-valia para a nossa região."

Entrevistador: "Então, pelo que estou a perceber…acredita ter havido impactos positivos com a implementação dos Planos Locais de Saúde na sustentabilidade… portanto, promove a sustentabilidade do SNS."

Entrevistado B: "Eu penso que, em relação aos Planos Locais de Saúde, não há volta a dar! Na minha ótica… nós temos de ter planos… podem ser planos diferentes, como o peso mais político, ou com um peso mais na visão local… mas os planos têm que existir! Porque depois com os Planos Locais também se conseguem melhor os objetivos que estão determinados a nível nacional, de políticas de Saúde nacionais… e sem Planos Locais… isto não há hipótese."

Entrevistador: "Passemos agora à próxima questão. Tendo um papel preponderante na gestão do ACeS da Cova da Beira quais os ganhos em saúde que considera terem sido alcançados desde a aplicação do Plano Local de Saúde no ACeS Cova da Beira? Portando desde 2014. Agora com uma visão um pouco mais local... mais específica aqui da região."

Entrevistado B: "Como eu disse, eu acho que em ganhos preventivos... temos ganhos bastante concretos. Por exemplo, eu posso dizer-lhe que na avaliação feita no último ano, portanto no relatório de 2018, nós conseguimos concluir que através dos planos... temos conseguido que a taxa de cobertura de vacinação melhorasse em todas as faixas etárias... e estamos a falar em níveis bastante altos, e onde já tínhamos um bom desempenho. Mas melhorámos em todas as faixas etárias. Isto, se não fosse com o plano, não era... tão possível. Depois, outro ganho foi... o aumento do apoio, quer médico, quer de enfermagem ao nível dos cuidados dos utentes. Portanto... temos um apoio domiciliário que melhorou ao nível de enfermagem e ao nível médico. Não melhorou mais ainda porque nos faltam recursos, e neste caso estamos a falar, recursos também materiais... por exemplo precisamos de mais um carro, precisamos de mais alguns recursos para que possamos dar uma resposta ainda melhor. Mas isso foi um salto que efetivamente foi dado. Conseguimos melhorar bastante a resposta a doenças crónicas... e estamos a falar, por exemplo, nos diabéticos... onde temos uma boa resposta para o controle dos doentes diabéticos, quer com a consulta do pé diabético, quer com os projetos de *caminhar para o equilíbrio* com as intervenções e atividades que nós dinamizamos em comunhão com a comunidade...e com a Faculdade também, neste caso, para estimular mais os cidadãos e, particularmente, os que têm doenças crônicas, a praticar atividade física, na melhoria da sua nutrição através de um regime alimentar mais adequado. Portanto, isto foram ganhos palpáveis, visíveis e mensuráveis. Depois temos ganhos mensuráveis, por exemplo, no registo das tensões arteriais e no registo das hemoglobinas glicadas... o que foi muito importante para percebermos que os nossos doentes estão controlados e, portanto, também programações futuras. Penso que o Plano Local nos ajudou também... a trabalhar melhor no sentido de cooperação entre equipas. Nós temos equipas de Saúde onde existe aqui o espírito de maior colaboração e entreajuda para atingir os objetivos, precisamente para adequar as respostas da nossas Unidades aos objetivos e às metas. Além de percebermos outra coisa... que foi bastante positiva também... as necessidades formativas para cumprimentos de determinadas normas de orientação clínica e que nos ajudaram também a diminuir gastos e a gerir melhor as nossas ferramentas... quer de prescrição, quer de orientação... e isso também foram ganhos... sem dúvida. E, portanto, também nos ajudaram a perceber quais as necessidades formativas e todos os anos temos feito isso."

Entrevistador: "Agora por último... apesar de já ter falado sobre este assunto... qual é o impacto que considera ter havido com a implementação do Plano Local de saúde do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes, sejam estas humanos, materiais ou monetários?"

Entrevistado B: "Portanto... o impacto do plano é grande! Vamos lá ver... nós através do plano local vamos perceber quais são as necessidades de recursos, estamos a falar ao nível de enfermagem, de cuidados, ao nível de materiais... Através do plano é que conseguimos evidenciar melhor quais são as necessidades de recursos... e nós assim conseguimos utilizá-los de maneira mais adequada, portanto, geri-los melhor. Como eu disse... conseguimos evidenciar as necessidades de recursos... que eram muito... débeis... por exemplo, na área de secretariado clínico estávamos com grandes dificuldades de resposta... Tínhamos também necessidades de enfermagem para podermos fazer as equipas clínicas de Saúde, portanto, ter a resposta do médico e do enfermeiro de família. E portanto... eu penso que o plano tem-nos ajudado a saber gerir... nós conseguimos também gerir melhor determinar as respostas, por exemplo, nós estamos a investir, neste momento... outra vez, em canalizar recursos preventivos para os fatores de risco, como seja os consumos de álcool e tabaco... e para aí nós, neste momento, afetámos novos recursos, precisamente novos colegas para integrar, médicos e enfermeiros, para integrar estas atividades... que consideramos prioritárias no sentido de intervir em fatores de risco modificáveis e com impacto... nomeadamente nas patologias respiratórias, nas patologias oncológicas, nas patologias digestivas e, portanto, foi o Plano Local que nos ajudou a perceber que precisávamos desses recursos e deu a perceber à tutela que efetivamente teríamos que fazer um reforço de recursos nesse mesmo sentido. Portanto, o Plano ajudou a comprovar a necessidade deste investimento e também a que as instâncias superiores compreendam a necessidade de investir recursos aqui."

Entrevista C

Entrevistador: "Segundo a Direção-Geral de Saúde os Planos Locais de Saúde apresentam-se como uma ferramenta de promoção da saúde. No seu entender qual é o papel efetivo que os Planos Locais de Saúde têm na Promoção da Saúde em Portugal?"

Entrevistado C: "Bem... Não há dúvida que o Plano Local de Saúde é um instrumento importante na gestão, seguindo todas as orientações nacionais, regionais e locais... tratando-se de um ACeS ou de uma ULS. O Plano Local de Saúde vai definir uma estratégia de ação do serviço das Unidades dos Cuidados de Saúde Primários, em articulação, quer com a comunidade, quer com os diferentes níveis de cuidados. E aqui destaca-se, sobretudo, a comunidade. No Plano Local de Saúde a intervenção da comunidade... vai-nos facilitar, por um lado... porque estamos a envolver todas as forças externas digamos assim e, por outro lado permite-nos priorizar problemas que às vezes, para nós, não os sentimos com o mesmo grau de priorização. E o que é que fazemos no Plano Local de Saúde? Nós identificamos quais são os principais problemas de Saúde e identificamos...baseados em estatísticas de morbilidade, mortalidade... nos perfis definidos pela região como perfis de Saúde de cada unidade, neste caso o ACeS Cova da Beira, e depois vamos priorizar esses problemas de acordo com a sua magnitude, vulnerabilidade... e, no nosso caso, identificámos 4 ou 5 sendo que, em seguida foi aberto à comunidade, primeiro às diferentes Unidades Funcionais do ACeS, o que já é importante pois vamos levar a que todas as Unidades participem, e depois alargámos às entidades externas... nomeadamente aos municípios, segurança social, escolas, IPSS... mas aqui no ACeS Cova da Beira, sobretudo os municípios tiveram, efetivamente, um peso grande. Por exemplo, aqui no ACeS Cova da Beira, na priorização de problemas, um dos que não vinha nos 5 primeiros era a Saúde Mental porque, como sabe, nós vamos buscar dados estatísticos e nos dados estatísticos lê-se aquilo que está registado e, portanto, os resultados nem sempre são aqueles que nós sentimos no dia-a-dia. Neste aspeto eu, como médica de saúde pública, sentia aqui um grave problema, que era a Saúde Mental... por diferentes razões, nos jovens e nas populações mais idosas, exatamente porque tenho uma população muito idosa e, portanto, as demências têm um peso grande e nos jovens tinha mais a ver com os consumos. O que é certo é que para mim era um problema relevante e que isso não vinha espelhado na tal priorização de problemas com base nas estatísticas e quando se discutiu isso com os municípios, foi uma das coisas que levámos muito em conta... é que, realmente, a saúde mental estava ser para nós um problema e tínhamos que mexer nele. Ou seja, isto para dizer que os Planos são importantes... Dizem o que é que nós identificamos como problemas, que

temos de lhes mexer e depois quais são... quer os fatores que nos levam àqueles problemas, mas que nem sempre são sentidos pela comunidade dessa maneira... há alguns que não terão representação estatística por N fatores, um deles... os registos, sem dúvida, outros... os programas informáticos que nem sempre temos aqueles que queremos... ou há extensões que não têm programa... ou nas quais a rede é tão má que, portanto, a internet está sempre em baixo... E tudo isto vai alterar as estatísticas e, deste modo, afetar a identificação inicial dos problemas. Neste aspeto os Planos Locais de Saúde vieram trazer esta parte que sentíamos... mas que não conseguíamos dar o peso que ela tinha... uma delas, no caso do ACeS Cova da Beira, a situação da Saúde Mental e daí, ao estarmos a discutir o Plano Local de Saúde, deu para pensar em dois projetos... Um para gente mais jovem, outro para gente mais idosa, na área da Saúde Mental. Portanto... os Planos Locais de Saúde são importantes? Claro que são! Permitem-nos alinhar os problemas... primeiro identificá-los e, em segundo, priorizá-los e depois, ao estendermos às diferentes estruturas, termos uma noção do que é que essa comunidade sente como necessidades em Saúde."

Entrevistador: "Então... pelo que estou a perceber o facto de colocar todas Unidades Funcionais, que são estruturas de proximidade, a trabalhar em conjunto, entre si e com as respetivas comunidades... permite identificar melhor as necessidades e problemas da população e... depois intervir mais, e melhor, sobre os determinantes de Saúde e, portanto, estar a apostar na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença e evitar que as pessoas cheguem a um ponto onde se percebe que tudo falhou."

Entrevistado C: "Exatamente! Em Cuidados de Saúde Primários, obviamente, a grande aposta é na promoção da Saúde e Prevenção da Doença... nem sempre o conseguimos e, muitas das estatísticas que temos é de morbilidade e mortalidade, ou seja, não conseguimos agir satisfatoriamente antes disso. Mas a sensibilidade que se tem quando está na zona... possibilita que mesmo sem dados estatisticamente relevantes se possa dizer que este ou aquele problema é muito importante nesta comunidade e tentar perceber o que está na origem deste problema. No caso das doenças mentais nas faixas etárias dos jovens adultos consegue-se perceber que estas estão muito associadas ao consumo e, a partir daí, é tentar perceber o porquê de haver tanto consumo e tentar inverter isto, criando-lhes e mostrando-lhes formas de se divertirem sem recorrerem o consumo. Para terminar esta questão quero dizer que essencialmente os Planos Locais da Saúde permitem dar respostas às necessidades identificadas e agir sobre os determinantes em Saúde, ajuda a fazer melhores escolhas, a comunicar melhor, interna e externamente, a definir melhor o papel do cidadão e a manter as ações alinhadas com as necessidades."

Entrevistador: "Passando já para a próxima pergunta… Qual o impacto que os Planos Locais de Saúde teriam na sustentabilidade do SNS?"

Entrevistado C: "O Plano Local permite-nos dar resposta, realmente, às necessidades, mas relativamente a este aspeto… permite-nos uma grande economia de recursos, quer sejam estes humanos, materiais ou financeiros. Os Planos permitem-nos atingir os objetivos que nós queremos duma maneira mais concertada por um lado e por outro, atingir esses objetivos mais facilmente… portanto estamos a contribuir para a sustentabilidade do sistema. Porque o que é que nós queremos com o sistema? É que haja mais ganhos em Saúde… que nós tenhamos uma população com mais elevado nível de Saúde e por outro lado uma população informada sobre a sua Saúde e, penso, que esse é o passo que nós ainda não conseguimos dar … que é a tal questão da literacia em Saúde… conseguimos em alguns, nomeadamente na parte escolar, mas na comunidade em geral ainda é difícil que cada pessoa tenha noção da sua Saúde e o que é que deve fazer para manter a sua Saúde. Tudo isto com o Plano Local de Saúde, penso que, é mais fácil… que conseguimos chegar mais facilmente a toda a comunidade."

Entrevistador: "Fazendo então um ponto da situação… O facto de perceber os problemas concretos da população que temos e de intervirmos diretamente sobre os determinantes, para promover a Saúde e Prevenir a Doença, vai evitar que haja gastos… digamos supérfluos, que se desviem daqueles objetivos e, portanto, aí obter o retorno… que são mais e melhores ganhos em Saúde e, portanto, pessoas mais saudáveis, menos gastos em idas aos serviços hospitalares… isto de um modo muito simplista, menos absentismo, mais capacidade produtiva…"

Entrevistado C: "Exatamente! Portanto, com os mesmos recursos, humanos, materiais e financeiros, consegue-se fazer mais coisas e obter mais, digamos… porque está tudo centralizado para um determinado objetivo e sabemos o que é que queremos, e como o atingir. Não quer dizer que vamos ter maravilhas… Atenção! Vamos andando passo a passo… mas permite-nos melhorar, e se todos nós contribuirmos um bocadinho, realmente teremos mais ganhos em Saúde e menos Doença, digamos assim."

Entrevistador: "Passando agora à terceira questão: Tendo um papel preponderante na gestão do ACeS da Cova da Beira quais os ganhos em saúde que considera terem sido alcançados desde a aplicação do Plano Local de Saúde no ACeS Cova da Beira? Portanto, desde 2014… desde que surgiu o primeiro Plano Local de Saúde do ACeS Cova da Beira."

Entrevistado C: "Sem dúvida que no primeiro plano nós organizámos e fizemos o plano, mas não foi tão participado, ou seja, ao nível das várias Unidades Funcionais sim, … sim tiveram conhecimento, participaram com as suas ideias… mas não foi tão

organizado… era o primeiro! Ao nível da comunidade, uma ou outra entidade participou, mas a participação muito ativa da comunidade não existiu! Neste último plano isso já foi muito mais fundo, ou seja, já se divulgou melhor, passamos em todos os municípios, discutimos com as pessoas responsáveis pela Saúde nos municípios e, realmente recebemos muitos *feedbacks* bons. Estão interessados! Estão empenhados! E vários projetos que nós propusemos foram aceites. E eu penso que isto é muito importante… quanto mais a comunidades estiver connosco no plano… melhor ele será desenvolvido. Se me pergunta…se é o perfeito? Não é! Ainda há muito para fazer… ainda há um longo caminho para trilharmos até conseguirmos um Plano Local de Saúde que nós possamos dizer que temos todas as entidades da comunidade estão envolvidas. É verdade que ainda falta fazer muito, mas neste plano as principais foram envolvidas . Penso que num próximo teremos de envolver mais a fundo… estou a falar o que eu penso, a Segurança Social e o Centro de Emprego."

Entrevistador: "Portanto há aqui linhas futuras de trabalho, no que toca há construção do próximo Plano Local de saúde…"

Entrevistado C: "Voltando à situação da Saúde Mental, e eu já tive aqui muitos casos assim… eu identifico, por exemplo, o consumo de drogas leves, que passados X anos de consumo me desenvolvem determinados problemas mentais… tudo muito bem… e depois que saída eu dou a estes jovens? Não há emprego! Por isso é que eu lhe digo… se eu não tenho o Centro de Emprego do meu lado eu depois fico aqui sem capacidade de resposta."

Entrevistador: "Por mais que se faça aqui, a resposta fica pela metade…"

Entrevistado C: "Um jovem que me venha aqui o que é que me diz? Você está muito certa, eu até vou deixar de consumir… espera lá, mas eu vou fazer o quê? O dinheiro vem de onde?"

Entrevistador: "Mas, voltando um pouco à questão, consegue-me identificar alguns ganhos em Saúde que possam já ser notados desde 2014, ou que possa prever que venham a ocorrer?"

Entrevistado C: "Essencialmente ao nível das hipertensões e outras doenças cárdio e cerebrovasculares tivemos melhorias. Se me perguntar se foi só diretamente o Plano Local de Saúde? Não… Foi o Plano Local de Saúde e os projetos que estão implicados nesse plano. Mas, por exemplo, há uma diminuição quer do número de hipertensos, quer uma melhoria do número de pessoas com a Hipertensão controlada, ou seja, vamos ter menos risco e vamos diminuir as tais doenças cárdio e cerebrovasculares devido, por outro lado, à promoção de uma alimentação mais saudável, nomeadamente com a

redução de sal e por outro, estamos a implementar o exercício físico. Hoje em dia as pessoas estão mais alertadas para caminhar...todo o exercício é bom, mas mais que não seja que devem caminhar. Outro fator importante para as doenças cárdio e cerebrovasculares, é os consumos, e quando falamos em consumos referimo-nos ao tabaco e ao álcool... pois neste âmbito... estes são essenciais. E aí é muito difícil de quantificar! Não lhe vou dizer que está a diminuir... Não vou! Mas também são coisas que só a longo prazo... porque nós sabemos que tudo o que é atuar na Promoção e Prevenção vai produzir efeito ao fim de 10, 15, 20 anos. Posso pensar e dizer que na minha perspetiva acho que... mas não quantifico! Mas acho que as intervenções a este nível terão de se intensificar e com programas mais diversificados. Ao nível do sal sim! Nós já temos um programa, da região centro, com 10/11 anos em que se começou com a diminuição do sal no pão, por ser um alimento que se consome muito na nossa população e o que é certo é que temos noventa e tal por cento das padarias com teor de sal abaixo do que está previsto na lei. A par desse temos um outro que é a redução de sal na sopa, e aí temos as IPSS e as escolas, todas em programa. E... com tudo isto já se nota uma diminuição das hipertensões e as que existem estão mais controladas. E diz-me assim: Espera não é só isso... E é verdade! A parte da medicação, se a fizer corretamente, também se tem uma hipertensão mais controlada.
Ao nível dos diabéticos há um projeto, *tão doce não*, que ao nível das escolas se sente muito, apesar de não estar tão implementado quanto os anteriores. E também começamos há uns anos a crítica aos *buffets* escolares... Crítica num bom sentido! Que é não haver doces e haver os chamados alimentos saudáveis, ou seja, que se oferecesse as sandes em vez dos bolos. Se me perguntar se o número de diabético está a diminuir? Não estão... Mas acredito que estarão mais controlados."

Entrevistador: "Introduzindo a última pergunta: qual é o impacto que considera ter havido com a implementação do Plano Local de Saúde do ACeS da Cova da Beira ao nível da utilização dos recursos existentes, sejam estes humanos, materiais ou monetários?"

Entrevistado C: "Pronto... para mim, o objetivo básico do plano é melhorar a qualidade de vida das pessoas. Claro que com o plano é mais fácil analisar o que conseguimos fazer, os resultados que obtivemos e onde é que falhamos e porque é que falhamos. Mas penso que o plano veio, e espero que com o próximo isso se intensifique mais, que é tocar nos problemas de Saúde que a comunidade sente e intervir da maneira que ela precisa. Focando, portanto, mais as necessidades sentidas. Uma coisa importante é os registos... Posso ter um problema importante na comunidade, mas em termos de registos tenho lá zero, isso pode implicar que eu deixe passar alguma coisa. Nós nesse aspeto fizemos modificações, porque eu estou muito sujeita áquilo que tenho registado, e apesar das

modificações, os registos têm de ser melhorados. E o plano também serviu para mostrar aos profissionais a importância dos registos e que com um bom registo nós conseguimos, muitas vezes, demonstrar coisas que nós queremos."

Entrevistador: "Os registos são, portanto, um recurso."

Entrevistado C: "E é muito difícil as pessoas entenderem que é muito importante o registo, e que é importante um bom registo. Porque depois quando nós vamos para colher dados... (silêncio)."

Entrevistador: "Então, pelo que estou a perceber, e pelo que me está a dizer, os registos são um recurso importante na assistência da tomada de decisão."

Entrevistado C: "Sim, porque onde é que o senhor vai buscar informação para priorizar os problemas? Aos registos... que permitem criar as estatísticas. Se não tem dados significativos o que é que se vai priorizar? Pelo menos vai-se agarrar àqueles que lá estão e que podem até nem ser, na realidade, os mais importantes. Neste aspeto... os Planos foram muito importantes, pois todas as Unidades Funcionais começaram a ter noção da sua importância e que não era apenas uma exigência supérflua. O ter um bom registo... depois permite-nos a ir trabalhar o que a comunidade precisa que seja trabalhado. Portanto... os planos alertam para a necessidade dos registos, e que os registos bem feitos irão permitir ir de encontro às necessidades da população. Outro grande impacto que o Plano Local de Saúde teve... foi o envolver as diferentes estruturas da comunidade... isso foi realmente muito bom. Especificamente os recursos humanos, como sabe, não dependem de nós diretamente, estando dependentes de concursos. Mas no geral... o plano veio ajudar na rentabilização dos recursos existentes. Porque é assim... o senhor em vez de os utilizar ali... e os utilizar noutro sítio, a rentabilidade não é a mesma. Agora se eu sei exatamente para que é que os quero e o que é que eu preciso... então conseguirei mobilizá-los da melhor forma, sendo melhor para a comunidade. Portanto... isto foi um impacto muito positivo que o plano trouxe... pois se nós identificamos os problemas... a seguir conseguimos dizer que são precisos 10 médicos, 20 enfermeiros, X administrativos, 10 viaturas...portanto, permite por... numa maneira esquemática, baseados naqueles problemas identificados...os recursos que são necessários. Neste aspeto, e tal como já disse, a participação da comunidade é importantíssima, pois no serviço só há X recursos e são necessários Y, se houver uma boa intrusão com a comunidade poder-se-á mais facilmente obter os recursos necessários e temos, no nosso caso, a nossa Unidade Móvel que é da Câmara, bem como mais dois veículos, por exemplo. Isso acontece porque a comunidade está a perceber que a falta destes recursos é um problema e que pode ajudar na sua mitigação e até resolução."