

DESDE 1902

SANITATEM
QUAERENS
IN·TROPICOS



Anais

INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL

Planeamento em Saúde



ARCHIVOS
DE
Hygiene
e
Pathologia Exoticas

PUBLICAÇÃO DIRIGIDA PELA
Escola de Medicina Tropical
DE
LISBOA



1905

ARQUIVOS
DE
HIGIENE
e
PATOLOGIA EXÓTICAS

1926



ANAIS
DO
INSTITUTO
DE
MEDICINA TROPICAL

1943



ANAIS
DA
ESCOLA NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA
E DE
MEDICINA TROPICAL

1966



ANAIS
DO
INSTITUTO DE HIGIENE
E
MEDICINA TROPICAL

1972



Anais
Instituto
de Higiene
e Medicina
Tropical

1984

Anais
INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
Edição Comemorativa

2012





INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL

Planeamento em Saúde



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
Vol. 16 (Suplemento nº 1), 2017, S1- S88; ISSN 0303-7762

Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Planeamento em Saúde

Vol. 16 (Suplemento n.º 1), 2017

Coordenação

Biblioteca do Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Gabinete dos Anais

Design Gráfico e paginação

2aocubo.pt

Edição

Tiragem: 300 exemplares

ISSN 0303 - 7762

(C) UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Rua da Junqueira, n.º 100

1349-008 Lisboa - PORTUGAL

+351213 652 600 (geral)

+351 213 632 105

E-mail: informacao@ihmt.unl.pt

Página web: www.ihmt.unl.pt

Impressão Digital:

Gráfica 99, Lda.

grafica99@grafica99.com

Depósito Legal

428879/17

Distribuição

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Rua Junqueira, n.º 100

1349-008 Lisboa - PORTUGAL

Editorial

S05 - Governação de sistemas de saúde

Paulo Ferrinho e Zulmira Hartz

Editorial Convidado

S07 - Planeamento em saúde: da investigação à decisão política, na Europa, nas Américas e em África

Jorge Simões

Artigos Originais

S09 - Health planning – a global perspective

Nigel Crisp

S17 - Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal

Jorge Simões e Paulo Ferrinho

S25 - Health planning in Spain

Alberto Infante

S29 - Planeamento de saúde na Alemanha

Princípios fundamentais: descentralização, subsidiariedade, corporativismo

Jens Holst

S37 - Planeamento estratégico em saúde num contexto de descentralização: o caso do Canadá e das suas províncias com destaque para o Québec

Raynald Pineault e Zulmira Hartz

S43 - O planeamento em saúde no Brasil

Fernando Passos Cupertino de Barros e Lourdes Lemos Almeida

S51 - Recent developments and the future of health planning in African countries

Delanyo Dovlo, Humphrey C. Karamagi, Kevin Ousman e Martin Ekekemonono

S55 - Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos

Cátia Sá Guerreiro, Augusto Paulo Silva, Tomé Cá e Paulo Ferrinho

Sessão Solene

Doutoramento *honoris causa*

S69 - Discurso laudatório proferido pelo Professor Doutor Luís Gomes Sambo

S73 - Discurso de investidura do Professor Doutor Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro

Análise Literária

S77 - “Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão”: resenha ilustrada da sua complexidade

Zulmira Hartz

Normas de Publicação

S87 - Informações gerais | Instruções para autores

ANO LETIVO 2017/18

MESTRADOS



CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

Destinatários: Profissionais que necessitam de competências sólidas nas áreas do diagnóstico molecular, microbiológico, parasitológico, clínico e laboratorial, e com interesse em investigação fundamental e sua aplicação.

Principais Benefícios

- + Permite desenvolver competências na área da prevenção e diagnóstico de doenças globais com o auxílio de novas abordagens biomédicas;
- + Contribui para uma visão integrada da ligação funcional entre o laboratório de diagnóstico microbiológico, a prática clínica e decisão terapêutica. **120 ECTS**

Coordenação: Celso Cunha

SAÚDE PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO

Destinatários: Todos os profissionais das áreas da saúde e social que necessitem de desenvolver competências sólidas na dinamização de ações e programas de saúde.

Principais Benefícios

- + Capacita para a gestão eficiente de instituições e de projetos em saúde;
- + Habilita à implementação de soluções adequadas que visam medir, vigiar e avaliar o estado de saúde, e seus determinantes, das populações. **93 ECTS**

Coordenação: Inês Fronteira

PARASITOLOGIA MÉDICA

Destinatários: Estudantes, investigadores e profissionais com atividade ou interesses em questões de saúde das Regiões Tropicais e em doenças emergentes e negligenciadas à escala mundial.

Principais Benefícios

- + Capacita para o desenvolvimento de investigação fundamental e translacional nas áreas da genética, imunologia e coevolução dos agentes etiológicos e vetores das doenças parasitárias e arboviricas;
- + Oportunidade de integrar redes de investigação nacionais ou internacionais, agências governamentais, ONG e indústria. **120 ECTS**

Coordenação: Carla Sousa

CANDIDATURAS

1ª fase: 2 a 31 de maio de 2017

Comunicação de resultados: até 16 de junho de 2017

2ª fase: 30 de junho a 18 de julho de 2017

Comunicação de resultados: até 2 de agosto de 2017

ESTATÍSTICA PARA A SAÚDE

Destinatários: Detentores de um 1.º ciclo em matemática, estatística, ciências da saúde e áreas afins.

Principais Benefícios

- + Permite adquirir competências práticas necessárias para aplicar os métodos estatísticos mais comumente utilizados na área das ciências da saúde. **120 ECTS**

Coordenação: Maria do Rosário O. Martins
Isabel Natário (FCT-UNL)

SAÚDE TROPICAL

Destinatários: Profissionais da área da saúde que queiram desenvolver competências sólidas na área da Saúde e Medicina Tropical.

Principais Benefícios

- + Permite o conhecimento teórico e prático das patologias e grandes questões da Saúde e Medicina Tropicais (epidemiologia, clínica, diagnóstico, tratamento);
- + Permite a aprendizagem de métodos de investigação epidemiológicos e laboratoriais, podendo vir a ser investigadores e podendo integrar equipas multidisciplinares que contribuem para a melhoria da saúde e dos sistemas de saúde. **120 ECTS**

Coordenação: Rosa Teodósio

CANDIDATURAS

1ª fase: 20 junho a 15 de julho de 2017

Comunicação de resultados: até 31 de julho de 2017

2ª fase: 15 de agosto a 8 de setembro de 2017

Comunicação de resultados: até 15 de setembro de 2017

Governança de sistemas de saúde

Health systems governance

Paulo Ferrinho

Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Zulmira Hartz

Vice-Diretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical
zhartz@ihmt.unl.pt

Este número dos Anais apresenta alguns dos trabalhos discutidos no Seminário Sobre Planeamento em Saúde em 28 e 29 de novembro de 2016.

Imaginado pelo Professor Jorge Simões, foi entusiasticamente apoiado pelo IHMT, pela Reitoria através do seu Programa Nova Saúde e pela nossa já tradicional parceira, a Fundação Friedrich Ebert (FFE).

A relevância do tema reflete-se em poucos números: quase 500 inscritos para participação presencial ou por *streaming*; representantes de 10 países entre os palestrantes e de 23 de entre os inscritos.

O alcance do tópico depreende-se da diversidade daqueles que se inscreveram: dirigentes de Ministérios da Saúde, de Serviços Nacionais de Saúde, de Unidades Sanitárias quer públicas quer privadas e prestadores de serviços de saúde; e representantes da Organização Mundial de Saúde, membros de organizações da sociedade civil, dirigentes de ordens profissionais, deputados, diplomatas, académicos e estudantes.

Este é o segundo de uma série de seminários sobre Governança de Sistemas de Saúde com o apoio da FFE.

O primeiro, em 8 de outubro de 2010, teve por tema “Reformar os Sistemas de Saúde no Contexto da Reestruturação do Estado Providência” (Simões et al, 2010).

Os próximos abordarão os temas de “Regulação na Saúde” (a 6 e 7 de julho de 2017), “Avaliação de Sistemas de Saúde”, “Liderança”, “Mobilização de Recursos” e “Inovação nos Sistemas de Saúde”.

Não podemos terminar este editorial sem referenciar a consagração de uma carreira - e respetivos contributos para o conhecimento sobre imunologia parasitária - cujo corolário foi o Doutoramento *Honoris Causa* pela Universidade Nova de Lisboa do Professor Doutor Cláudio Daniel-Ribeiro, numa sessão solene cujos discursos também resumimos nesta edição dos ANAIS.

Bibliografia

Simões, Jorge; Ferrinho, Paulo; Naumann Reinhard; Fronteira, Inês (2010). Reformar os Sistemas de Saúde no Contexto da Reestruturação do Estado Providência. Fundação Friedrich Ebert, Lisboa.

Planeamento em saúde: da investigação à decisão política, na Europa, nas Américas e em África

Health planning in Europe, Africa and America: from research to political decision

Jorge Simões

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Este número dos Anais é dedicado ao tema do planeamento em saúde, que motivou a realização de um Seminário, no IHMT, em novembro de 2016.

A necessidade de aprofundamento do tema é sentida quer no ambiente académico, quer no meio político e técnico, sendo analisadas e comparadas experiências de planeamento da saúde em diferentes contextos políticos, económicos e sociais. Esta é uma área que tem seguido percursos diversos em diferentes continentes e países, em alguns casos influenciados pela publicação de importantes documentos de organizações internacionais, em especial da Organização Mundial da Saúde.

Em Portugal, “Saúde, um Compromisso”, publicado no final da década de noventa do século vinte, e os Planos Nacionais de Saúde 2004/2010 e 2011/2016 constituíram importantes documentos, mas sem clara fixação prévia ao nível das políticas de saúde e sem continuidade significativa. Em todos os países lusófonos existem experiências muito relevantes de planeamento no sector da saúde. Estas serão contrastadas com outras do Brasil, Canadá, Espanha e Reino Unido.

Nigel Crisp dá-nos uma perspetiva global do tema que pode englobar um amplo conjunto de diferentes atividades, desde o planeamento estratégico de longo prazo de um sistema de saúde ao desenvolvimento, a curto prazo, de um serviço, ou desde o planeamento de recursos humanos e financeiros ao planeamento de intervenções que correspondam às necessidades das populações. Tal como demonstram os dois exemplos apresentados nesse artigo, o planeamento pode ser executado de várias formas. Todas as metodologias têm as suas fraquezas e, na realidade,

a maior parte das mudanças e melhorias na saúde resultam da ação política, da liderança clínica e de outros empreendedores, numa aprendizagem baseada na experiência prática e da cuidadosa aplicação da ciência.

Alberto Infante traz-nos a experiência de Espanha que tem uma organização quase federal e, conseqüentemente, as competências na saúde são profundamente descentralizadas com mecanismos de coordenação relativamente débeis. Não há, portanto, um único plano de saúde espanhol, mas sim 17 planos regionais, mas Espanha apresenta sistemas de informação de saúde bem desenvolvidos e fiáveis. A recente crise económica alterou esta imagem, com o Ministério das Finanças entrando decisivamente no planeamento da saúde, guiado unicamente por considerações de ordem financeira.

O planeamento em saúde na Alemanha é analisado por Jens Holst num artigo onde nos é explicada a estrutura do sistema da saúde. Descentralização, subsidiariedade e auto-governo constituem os princípios fundamentais deste sistema baseado em seguros sociais obrigatórios. Na Alemanha, o governo define o quadro legal, mas a direção operativa do sistema e a concretização da regulação ficam a cargo de entidades de auto-governo. O artigo conclui que, se por um lado, estas entidades asseguram um alto nível de participação e legitimidade, por outro lado é dificultada a implementação de políticas baseadas na evidência que estejam de acordo com as prioridades nacionais.

Fernando Cupertino aborda o processo e os instrumentos existentes para o planeamento em saúde no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde. Discorre sobre as competências dos

estados, sobre a legislação que regula os instrumentos existentes para o processo de planeamento e destaca o papel legalmente atribuído aos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, que devem estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde.

Raynald Pineault e Zulmira Hartz apresentam o contexto canadiano, uma análise sobre o planeamento estratégico em saúde a nível federal e, depois, ao nível das províncias, salientando as vantagens e as desvantagens da descentralização na Província do Québec. Com base nestas experiências, concluem com a apresentação de um quadro conceitual que serve para avaliar as experiências canadianas no planeamento em saúde do nível federal e provincial, exemplificado pelo Québec.

O planeamento da saúde em países africanos é analisado por Delanyo Dovlo, Humphrey C. Karamagi, Kevin Ousman e Martin Ekekemonono, da OMS África. Os indicadores de saúde na região africana têm melhorado nos últimos 15 anos, embora ainda enfrentem muitos desafios e ameaças. Para progredir são necessárias melhorias nos processos de planeamento como parte integrante do esforço para fortalecer a governação em saúde. A história do planeamento em saúde é rica em empenho e mostra evolução de acordo com o paradigma de gestão em saúde prevalente a cada momento. Como resultado do surgimento das metas de desenvolvimento sustentável é imperativo que o processo de planeamento em saúde seja realinhado com as necessidades de governação e com as expectativas dos vários países. O escritório regional da OMS propõe a adoção de uma grelha abrangente de planeamento que defina as ferramentas e processos necessários para um planeamento em saúde efetivo, incluindo as respetivas interligações. A adoção de um processo de planeamento abrangente vai propiciar o alcançar dos objetivos em saúde e conduzir os países em direção às metas de desenvolvimento sustentável. Ferramentas e procedimentos adequados serão desenvolvidos no quadro desse processo de planeamento abrangente para facilitar a sua aplicabilidade nos diversos países.

Cátia Sá Guerreiro, Augusto Paulo Silva, Tomé Cá e Paulo Ferrinho, a propósito da República da Guiné-Bissau (RGB), analisam o contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde. A gestão estratégica da Guiné-Bissau foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. O processo de planeamento estratégico para a saúde (PES), na RGB, incorpora e alimenta ainda outros processos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem a uma teia de documentos orientadores - políticas, planos, programas, projetos.

O artigo faz uma viagem de revisão aos processos de PES na RGB em três momentos, cada um associado a um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário: 1998-2002 (extensão de 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020. Numa narrativa que pretende guardar memória destes processos, o artigo reporta-se ou a vivências pessoais dos autores, ou segue uma metodologia de análise de documentos, na sua maioria não-publicados, obtidos

de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os autores estiveram envolvidos como dirigentes ou consultores na RGB.

Sobre o Plano Nacional de Saúde, em Portugal, Jorge Simões e Paulo Ferrinho escrevem um artigo que pretende constituir um contributo para a história do planeamento da saúde, com base numa revisão sumária da literatura publicada sobre o tema. Descreve-se a emergência e a evolução do planeamento, os agentes responsáveis, os principais temas abordados, a sua integração com o planeamento multisectorial e os principais marcos teóricos orientadores da prática. Esta revisão identifica a evolução do processo de planeamento em saúde, que progrediu para um planeamento orientado para os ganhos em saúde e, mais recentemente, para o reconhecimento de que os determinantes da saúde devem ser abordados em todas as políticas.

Assim, faz-se o percurso do planeamento da saúde, em Portugal, desde o Estado Novo até à atualidade, com enfoque nos principais documentos que são publicados desde o final da década de noventa do século passado: “Saúde um compromisso 1998-2002”, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, os cuidados de saúde transfronteiriços, o planeamento da rede hospitalar e os equipamentos médicos pesados.

Constata-se que o planeamento tem assumido, em Portugal, contornos contraditórios: por um lado apresenta bons documentos técnicos, com adequadas metodologias e contemplando áreas do saber que vão para além do que tradicionalmente a saúde abarca, mas, por outro lado, a execução dos planos tem-se mostrado débil, em especial na área hospitalar com diversos normativos aprovados em diversos ciclos políticos sem continuidade e sem execução efetiva.

Em suma, o tema do planeamento é assumido pela Universidade, é necessário mais conhecimento na área do planeamento em saúde, incentivar mais investigação e partilhá-la com todos os interessados, dentro e fora do mundo académico. Depois, corresponde a uma necessidade dos técnicos, dos peritos, que, em várias situações profissionais, necessitam de conhecer instrumentos de planeamento para influenciar ou tomar decisões, quer se situem a nível central, regional ou local, sejam públicos, privados ou sociais. Finalmente, corresponde a uma necessidade sentida ao nível da decisão política: pedem-se aos políticos decisões instantâneas, logo o planeamento é inexistente; há anúncios de decisões que nunca serão concretizadas, logo o planeamento é desnecessário; utilizam-se consultores externos para se estudarem pontualmente alternativas e projetos de decisão e esse arremedo de planeamento esfuma-se.

A memória na administração pública da saúde é crucial para que se possa guardar e partilhar os estudos que levaram a opções políticas. E essa memória é fundamental para uma concreta governação, mas também para as que lhe sucedem.

Ou seja, o planeamento em saúde deve ser uma rotina do Estado, que permita decisões transparentes, escrutináveis, acertadas e legitimadas e que envolvam vastos sectores da sociedade.

Health planning – a global perspective

Planeamento em saúde - uma perspectiva global

Nigel Crisp

Independent Member of the House of Lords; Co-Chair of the All-Party Parliamentary Group on Global Health; formerly NHS Chief Executive and Permanent Secretary of the Department of Health 2000-2006

Resumo

O termo planeamento em saúde pode englobar um amplo conjunto de diferentes atividades, desde o planeamento estratégico de longo prazo de um sistema de saúde ao desenvolvimento, a curto prazo, de um serviço, ou desde o planeamento de recursos humanos e financeiros ao planeamento de intervenções que correspondam às necessidades das populações. Tal como os dois exemplos apresentados neste artigo o demonstram, o planeamento pode ser executado de várias formas. Todas as metodologias têm as suas fraquezas e, na realidade, a maior parte das mudanças e melhorias na saúde resultam da ação política, da liderança clínica e outros empreendedores, numa aprendizagem baseada na experiência prática e da cuidadosa aplicação dos avanços da ciência. O planeamento é, contudo, muito importante e este artigo conclui como os processos de planeamento podem envolver líderes empreendedores, o trabalho com parceiros de outros setores, englobando as melhorias geradas por indivíduos e equipas que estão a aprender e a inovar em tempo real.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, qualidade dos cuidados de saúde, desenvolvimento de programas e contributos da ciência.

Abstract

The term health planning can cover a wide range of different activities from long term strategic planning for a whole system to the short term development of a service and from human resource and financial planning to planning interventions to meet population needs. Moreover, as two examples described here show, it can be undertaken in very different ways. All methodologies have weaknesses and, in reality, most changes and improvements in health come about through political action, the leadership of clinical and other entrepreneurs, *learning by doing* and the careful application of improvement science. Planning is, however, important and this paper concludes by considering how planning processes might engage entrepreneurial leaders, work with partners from other sectors and embrace the improvements generated by individuals and teams learning and innovating in *real time*.

Key Words:

Health planning, health care quality, program development, improvement science.

What is meant by health planning?

Health planning is a term which can be used to describe a multitude of different activities. These include the creation of strategic, operational, budgetary, capacity, service, human resources and technology plans and much more. It can also cover different time scales with, for example, annual plans, 3 year plans and longer strategic plans. Moreover, planning may also be undertaken at local, regional, national or international levels with many countries allocating different planning responsibilities at these different levels and setting out how they relate.

The way planning is undertaken is also very variable as will be illustrated with two examples later. However, a quick overview globally suggests that most health planning is very technocratic in nature and undertaken by specialist trained groups of staff rather than by practising clinicians and managers and with relatively little engagement of the public and wider stakeholders. This overview also suggests that most planning is concerned with service provision.

Health and health care are profoundly affected by other sectors and need to be seen in the context of education, housing, employment, environmental policies and all the other external factors that help determine the health of individuals and populations. An important part of health planning, therefore, is the extent to which it takes account of these wider issues. This has led many planners to aim for a *Health in All Policies* approach where other sectors are involved in assessing their own policies in order to maximise their health impact. [1]

This breadth of issues also raises questions about governance and accountability and the extent to which external stakeholders are involved in both. Planners need to be thinking about questions such as the following. To what extent are representatives of external sectors, education or social care for example, directly involved in the decision making and governance of health planning and health care delivery and not just consulted for their opinion? How far is the health sector accountable to these wider stakeholders and the public and not just to its funders and patients?

Figure 1 lists some of the main external dimensions that need to be taken into account in health planning. It is notable that successive Portuguese National Plans have been very comprehensive in this regard and seen all these different actors, including citizens, as important contributors to

- Relationships with the economy, the affordability and costing of plans
- Integration with education, social care, housing and other social policies
- Understanding of the labour market and the ability to train and recruit
- The extent to which developments will be market-driven rather than planned
- Policies and legislation about the environment, food, alcohol, drugs, smoking, health and safety all of which affect health
- The engagement of and accountability to the public and wider stakeholders

improving the health of the population.[2]

The relationship between planning and implementation is also of fundamental importance and can take a number of different forms. Some plans barely refer to implementation – reflecting the fact that the planners and the implementers in a health system are often two distinct groups - while others offer detailed prescriptions. This latter approach may be equally unpopular with the people who have to implement the plans because it may offer no flexibility and freedom of manoeuvre. There is a balance to be struck here between making sure that plans are implementable, piloting or road testing them for example, and leaving the implementers the scope to learn and adapt as they implement. In doing so they will encounter obstacles and discover unforeseen opportunities.

This brief overview of health planning has attempted to describe the main issues across the whole field. The remainder of the paper will concentrate on one broad area: health service planning for a nation, region or large population. In doing so it will, of course, raise issues relevant to other types of planning and plans. This broad area is well summed up in the following quotation from WHO Africa

“Health service planning aims to improve health service delivery and/or system performance to better meet the health need of a population. It comprises the process of aligning the delivery of existing health services to meet the changing patterns of need and use of services. This aims to make the most effective use of available and future health resources (funding, staff and infrastructure).” [3]

Two examples of health planning

The following two examples of health service planning illustrate some of the common features and the differences between approaches in two countries which both spend highly on health. The one, Queensland, is a good example of a well-worked through, detailed and technocratic approach. The other, England, is essentially a market driven approach. The author is familiar with the English model but has only read about the Queensland one and chosen it from a brief survey of the materials published on the internet as a particularly good exemplar of its type.

Queensland’s planners, like many others, have adopted a cyclical approach where planning is followed by implementation and review – which in turn feeds into planning. The literature is rich in similar policy and planning cycles which illustrate the dynamic nature of planning and its constant evolution and development. The Queensland version is shown in Figure 2.

Fig. 2: The Queensland Planning and Implementation Cycle [4]

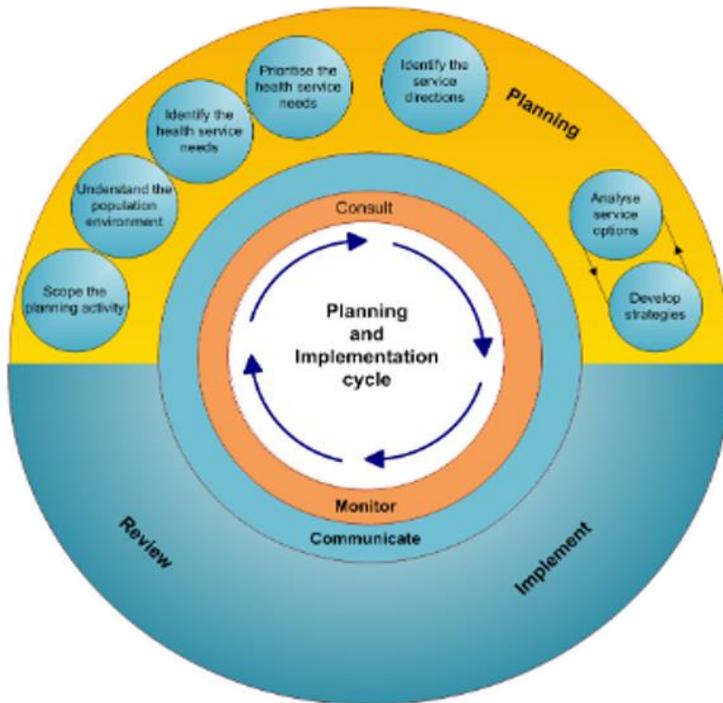
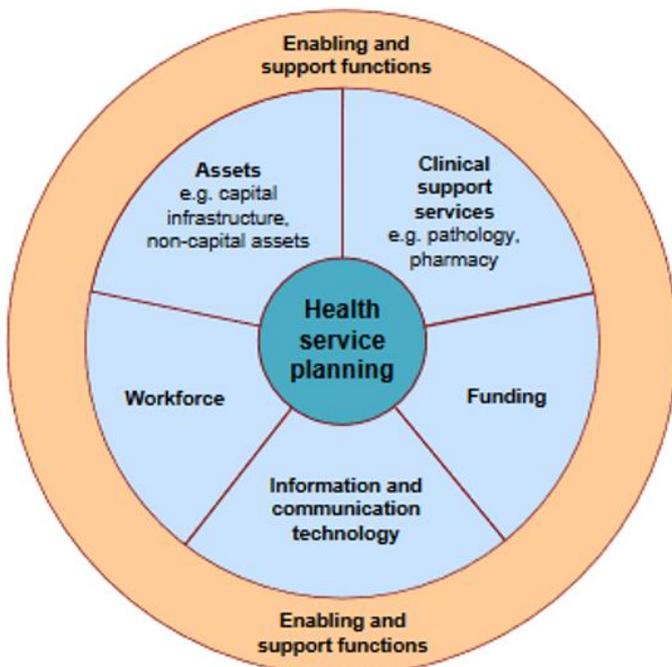


Figure 2 shows some of the elements that go into the planning part of the cycle, locating the plans firmly in a wider analysis of the population and their health needs. Each of these elements is described in the planning guide. Figure 3 below identifies the different elements of the supporting and enabling functions from the clinical support services to funding and the workforce which need to be planned for and aligned with the wider plan. The whole process represented by these two figures is a complex and logical approach to planning which attempts to make sure that every relevant factor is considered before the plan is complete.

Fig. 3: Queensland – the Enabling and Supporting Functions [5]

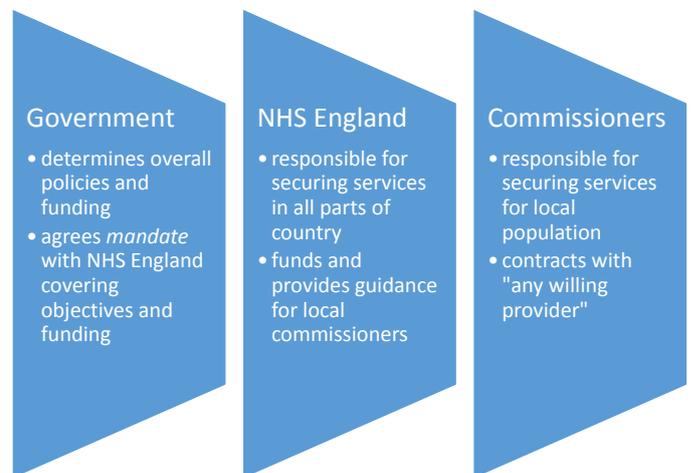


Since 2012 England has adopted a far simpler and more market-driven approach to planning. It is summarised in a rather simplified version in the following paragraph and Figure 4.

At the national level the Government agrees an annual mandate with NHS England which sets out the Government's objectives and funding for the year. [6] As part of this, NHS England and all health bodies are required to work within the framework of existing national policies on everything from professional regulation to accountability and patient safety. NHS England is an arms-length public body accountable to Parliament (rather than Government) and is responsible for arranging the provision of health services in England. It in turn allocates funding and provides guidance to the purchasers of health services, which are mainly family doctor's practices, to *commission* services for their local populations. These commissioners contract "any willing provider" from the public, private or voluntary sectors to deliver services. [7]

The English model is very different from the Queensland one. It is focussed on delivering objectives rather than on determining how this should be done and, in the original intention of the Bill that introduced it, on promoting competition between providers. There was

Fig. 4: Simplified version of how services are commissioned in England



an underlying assumption that regulation and the invisible hand of the market will provide better solutions and services though competition than planning could ever do. This model means that planning in the Queensland sense is almost entirely the responsibility of the 221 local commissioners or Clinical Commissioning Groups which on average serve populations of about 220,000 people.

A more extreme version of this model can be seen in the US where Government regulates but does not provide a *mandate*, there is no equivalent of NHS England

and service planning is undertaken by insurers which generally aren't linked to a specific geographical area and have no responsibility for population health.

The UK model has already changed considerably from the original intention of the Bill. In practice competition is largely managed so as to prevent major disruptions to local services – and unnecessary duplications of service - and most recently to introduce a level of planning at a higher level in the system. The system as introduced meant that, with the exception of highly specialised services which are commissioned nationally, no one had responsibility for planning across the local commissioning boundaries. This meant that many important decisions about the configuration of services across boundaries were not taken and potential improvements in quality and efficiency were not realised. Neither markets nor planning were delivering the solutions that were needed.

As a result in 2016 NHS England asked local commissioners to work with their neighbours, local authorities (which are responsible for social care, education, housing and other public services) and other partners in 44 areas with an average population of 1.1 million to produce *Sustainability and Transformation Plans* “showing how local services will evolve and become sustainable over the next five years.”[8]

Planning and reality

As the Scottish poet Robbie Burns poet puts it “The best laid plans o’ mice an’ men gang aft agley” [9] or, to adapt German military strategist Helmuth von Moltke famous quotation to a civilian context, no plans survive contact with reality. [10]

Plans, even those that are very well conceived and designed, may not be implemented for a variety of different reasons. Sometimes plans are unsuccessful because of problems with the planning process itself. They might, for example, have not been tested properly; people who are key to implementation may not have been consulted and may not cooperate; or the implications for support services may not have been fully understood. There can also be external problems: politics and unexpected events can intrude and mean plans have to be changed; key individuals from the health minister onwards may change and commitment to the plans can be lost; or other priorities may arise that mean plans are not followed through.

Continuity and long-term commitment are particularly important in health planning where results are often not immediate but require years of determined

work. Health care planners in every part of the world can point to examples where these external factors have undone months of hard work.

Similarly there are examples where consistent political will, sticking to the plan and continuity of personnel have led to major improvements. The enormous improvements in health in Portugal since 1974, particularly in child and maternal health, are a testament to the importance of political will, public support and good leadership over many years. The improvements in the English NHS [11] and the development of the Mexican, Brazilian and Rwandan health systems are other examples where political will, sometimes going across political parties, have been extremely important components of success.

This discussion suggests that further thought needs to be given to the relationship between planning and implementation and, in particular, to understanding how change and improvement is brought about. The next section looks at some real life examples of major changes which are the product of individuals taking charge of a situation and deciding to act. In some ways they are the antithesis of any formal planning process.

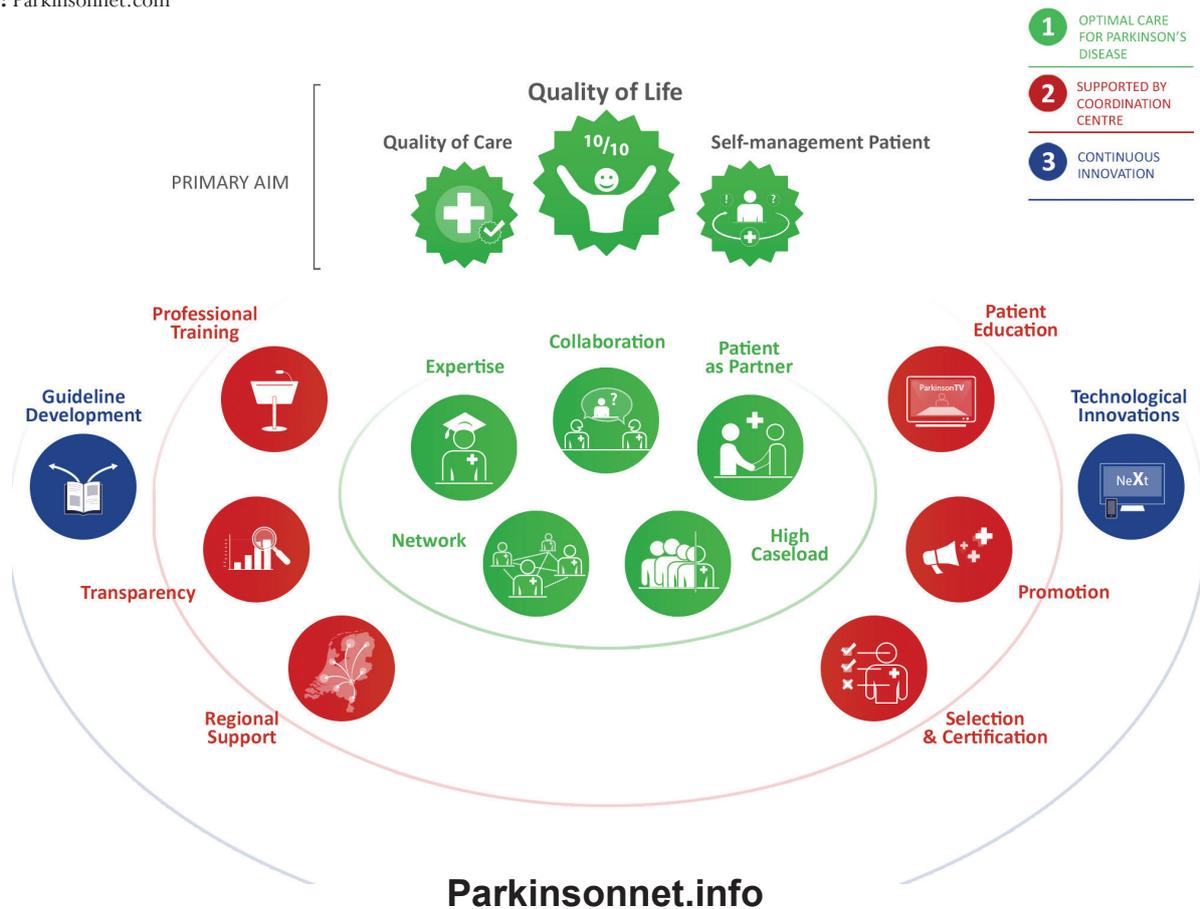
Making improvements

Some of the most impressive improvements in health care have come about through processes which hardly seem to involve any planning at all but, rather, depend on the continuous testing and adapting of ideas until they achieve the desired results. This experimental and entrepreneurial approach is seen for example in Parkinsonnet.org which was started in Holland by a neurologist who believed there was a better way of dealing with the disease. From an initial start in one area Parkinsonnet.org now brings together over 2,700 health professionals into regional networks with patients and carers to provide information and services throughout the Netherlands and into neighbouring countries. They are supported by a coordination centre and academic specialists at the Radboud University Nijmegen Medical Centre. [12]

Parkinson’s Disease is a generic term for a very complex disorder which may lead to a wide range of different problems needing attention from different carers. This network ensures that patients are able to reach the appropriate professionals and, by having access to all the information and protocols in the network, to play a full role in their own care.

The model breaks down all the rigidities of the traditional system with new roles for professionals and patients, home and community based care and extensive

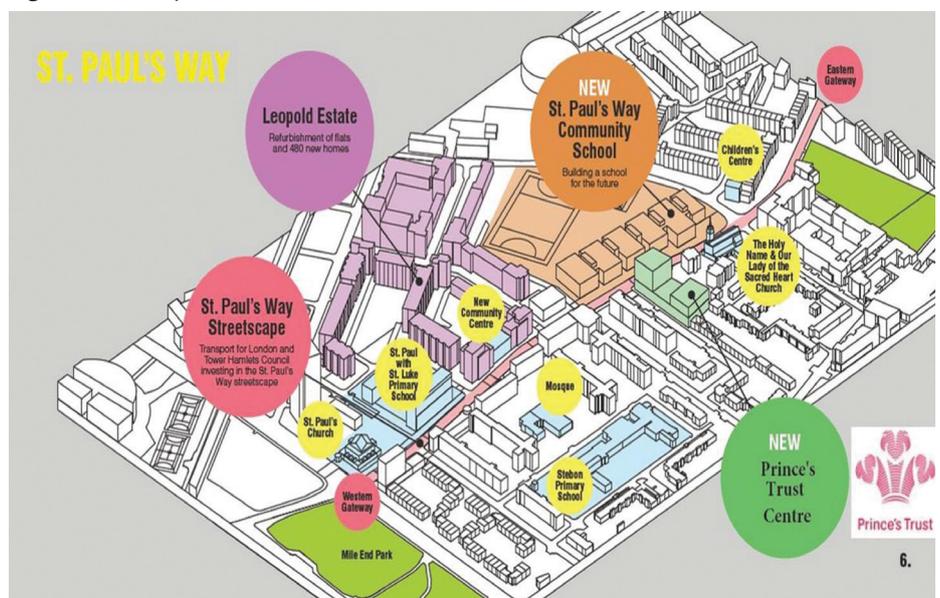
Fig. 5: Parkinsonnet.com



use of IT. Figure 5 shows the main components. Parkinsonnet.org may well be a forerunner of similar developments for other chronic and long-term diseases. In this context it is interesting because it wasn't planned by any formal authorities but was developed by a clinician who was dissatisfied with the previous services and how they were organised and delivered. Professor Bas Blom didn't have a fully worked up plan in his mind at that start but talks about "starting small, thinking big and moving fast". He continuously learned from his actions, taking on problems as they emerged and finding solutions. Parkinsonnet.org is led by a clinician but other examples involve entrepreneurial leaders from different backgrounds. A good example is the St Paul's Way Transformation Project which brings together a wide range of private, public and third sector partners to re-generate an area in east London and has created links between the

local school, health facilities, housing and pharmacy as well as with universities and multi-national companies working in the area.[13] Interestingly, St Paul's Way is not purely or even primarily focussed on health but nevertheless has a big impact on health in the area. Some of the partners are shown in Figure 6.

Fig. 6: St Paul's Way



The lessons from St Paul's Way are being transferred to 10 towns and cities in the north of England through a newly created organisation called Well North with support from Public Health England. [14] Like Parkinsonsnet.org this approach is characterised by experimentation and "learning by doing" combined with committed long-term leadership. It also has a focus on building relationships and not just on creating systems. Both are important but the significance of relationships tends to be ignored in formal planning mechanisms.

These two examples can be rather crudely characterised as succeeding *despite* the system. Lord Andrew Mawson the founder of the St Paul's Way Project talks explicitly about how the way that the NHS and local authorities operated often caused problems for him and his colleagues. The normal ways of doing things were too slow and bureaucratic and didn't allow for the sort of experimentation and creativity which brought the big results. He also noted that there tended to be high turnover in leaders in these public bodies and that he had to keep starting at the beginning with their successors.

These examples, which are characteristic of many, present a challenge for health planners: how can they structure their work so that it can support this type of activity – rather than frustrate it – and in doing so develop a different way of thinking and behaving?

This question has been partly addressed in recent years with the development of improvement science which explicitly adopts an experimental and learning approach to making improvements and builds on the work of theorists and practitioners of continuous quality improvement. Juran, for example, sees quality planning alongside quality improvement and quality assurance as part of his trilogy of essential activities for making improvements in quality. [15] His work has been adapted for healthcare by the Institute of Healthcare Improvement which is now having a great influence globally, while other organisations are using similar approaches and training health workers in different ways of thinking and working. [16,17]

Improvement science is now being used in many countries to develop and improve services, learning in part from the examples of people like Professor Blom in Holland. However, it has not yet become very developed in dealing with the multi-sectorial activity that is so important in St Paul's Way, with its focus on a range of improvements to peoples' lives, of which health is just one. More work needs to be done on this and in understanding the appropriate styles of leadership as well as the ways of developing the productive and creative relationships that are so evidently important.

Conclusion

This brief paper provides an overview of health planning and some of its weaknesses particularly in relation to supporting visionary and entrepreneurial leaders; however, planning also has important strengths. It can look at the big picture setting out the priorities such as the Sustainable Development Goals which will guide and shape health and development over the coming years. [18] It can address strategic questions which the entrepreneurs may ignore such as: are there enough health professionals being trained, how much should be invested in research and development; and where are the gaps in healthcare provision.

Health planning is at its best when it deals with evidence and priorities, seeks answers to these strategic questions and – something that is sometimes missed – brings people together to build consensus. Planning together can be an enormously important prelude to working together. Planning is at its worst when it deals inadequately with implementation or attempts to prescribe in detail what they need to do to deliver the plans. As health planners with their planning and policy cycles know very well, planning needs to be dynamic, responsive and inclusive.

Looking forward I would argue that health planning needs to develop in two different ways. Firstly it needs a better understanding of implementation, the role of leadership and the development of relationships. These understandings will help improve and develop the whole doctrine of planning. They need to be built on improved skills and an understanding of the science of improvement.

Secondly, the whole agenda needs to be widened and thought about in a different way. There needs to be a shift in focus away from an over-concentration on health services towards wider concepts of health and well-being as described, for example, in the Gulbenkian's Commission's "Future for Health in Portugal". [19] This built on the growing understanding of the social and wider determinants of health in recent years which are at last being incorporated into policy and planning globally and beginning to find their way into action on the ground.

In the UK I and a group of clinicians, scientists and social entrepreneurs have recently published a manifesto that draws out 4 themes which we argue will be essential in the future:

- The linkage between health and the economy – where a healthy workforce improves productivity and the bio-medical and life sciences strengthen the economy
- The importance of transitioning from a hospi-

tal and illness focusses health and care system to a home, community and health based one

- The role that “health creation” by all sectors of society can play in building healthy and robust individuals and communities
- The part that scientific and health organisations and institutions – with their values of objectiv-

ity, openness and solidarity - can play in building a healthy and prosperous society

Health planning in the future needs to look at these wider aspects as well as at its traditional territory of health need, services, financial flows and the professional workforce.

References

1. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-seizing-opportunities,-implementing-policies> Accessed 30 December 2016
2. Government of Portugal: Plano Nacional de Saúde; Lisboa, 2015 <http://pns.dgs.pt/> Accessed 1 January 2017
3. WHO Africa: Planning and implementation of district health services; Brazzaville, 2004
4. Queensland Health;: Guide to Health Service planning;Version 3, Canberra, 2015 p 15 https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/443572/guideline-health-service-planning.pdf Accessed 30 December 2016
5. Queensland Health;: Guide to Health Service planning;Version 3, Canberra, 2015 p 14 https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/443572/guideline-health-service-planning.pdf Accessed 30 December 2016
6. Department of Health: The Government’s mandate to NHS England 2016/17; London, 2016.: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/494485/NHSE_mandate_16-17_22_Jan.pdf Accessed 30 December 2016
7. UK Government: Health and Social Care Act, London, 2012 <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> Accessed 30 December 2016
8. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/deliver-forward-view/stp/> Accessed 30 December 2016
9. Burns R: To a Mouse; Edinburgh, 1785
10. “On Strategy” (1871), as translated in *Moltke on the Art of War: Selected Writings* (1993) by Daniel J. Hughes and Harry Bell, p. 92
11. Crisp N: 24 Hours to Save the NHS – the Chief Executive’s account of reform 2000-2006; CRC Press, London, 2010
12. <http://parkinsonnet.info/> Accessed 18 October 2016
13. <http://www.stpaulsaway.com/> Accessed 1 January 2017
14. <http://www.wellnorth.co.uk/> Accessed 18 October 2016
15. Juran JM: The Quality Trilogy; Juran Institute, Connecticut, 1986 <https://www.juran.com/wp-content/uploads/2015/07/TheQualityTrilogy-by-JM-Juran.pdf> Accessed 1 January 2017
16. <http://www.ihl.org/Pages/default.aspx> Accessed 1 January 2017
17. The School for Health and Care Radicals <http://theedge.nhsiq.nhs.uk/school/> Accessed 1 January 2017
18. The United Nations: The Sustainable Development Goals 2015-30; New York 2015. http://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/3/2015/08/120815_outcome-document-of-Summit-for-adoption-of-the-post-2015-development-agenda.pdf accessed 1 January 2017
19. Gulbenkian Foundation: The Future for Health in Portugal; Lisbon, 2014. The Commission that wrote the report was chaired by the author of this article.

ANO LETIVO 2017/18

DOUTORAMENTOS



CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

Destinatários: Graduados na área das ciências da vida com alto potencial e com interesse numa carreira de sucesso ligada à investigação científica em biomedicina tropical, em instituições públicas e privadas de cariz nacional e internacional.

Principais Benefícios

- + Capacita para a formulação, implementação e análise crítica de projetos de investigação a nível internacional;
- + Possibilita a especialização e o desenvolvimento de competências de investigação nas áreas de Parasitologia e Microbiologia. **240 ECTS**

Coordenação: João Pinto

GENÉTICA HUMANA E DOENÇAS INFECIOSAS

Destinatários: Profissionais que necessitam de especialização com alto índice de proficiência técnico-científica na área da interação hospedeiro-agente infeccioso.

Principais Benefícios

- + Permite a consolidação de competências nas componentes de Genética, Biologia Molecular e Celular e Doenças Infecciosas (Parasitologia e Microbiologia);
- + Possibilita desenvolver trabalho ou investigação na área emergente da Medicina Personalizada - já apontada como a grande revolução na área da saúde nos próximos anos. **240 ECTS**

Coordenação no IHMT: Isabel Maurício

PROGRAMA CONJUNTO DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Em colaboração com NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas

DOENÇAS TROPICAIS E SAÚDE GLOBAL

Destinatários: Graduados na área das ciências da vida ou profissionais altamente motivados e com demonstrada capacidade intelectual, com interesse numa carreira de sucesso ligada à investigação científica em medicina tropical e saúde global.

Principais benefícios:

- + Consolida as competências nas diferentes componentes das Doenças Tropicais e Saúde Global, com padrões internacionais de qualidade
- + Multidisciplinaridade e internacionalização do programa, possibilitando a mobilidade e o trabalho em rede. **240 ECTS**

Coordenação: Henrique Silveira

Em colaboração com Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil.

SAÚDE INTERNACIONAL

Destinatários: Profissionais ligados à saúde e ao desenvolvimento que necessitem de uma visão abrangente da saúde pública internacional, com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar das populações.

Principais Benefícios

- + Oportunidade para desenvolver trabalho em rede com organizações internacionais e de saúde pública, designadamente a nível europeu e da comunidade dos países de língua portuguesa;
- + Forma investigadores e docentes, num ambiente multidisciplinar, fornecendo capacidades de investigação autónoma na área da saúde internacional. **240 ECTS**

Coordenação: Sónia Dias

CANDIDATURAS

2 de maio a 9 de julho de 2017

Comunicação de resultados: até 8 de agosto de 2017

Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal

Contribution for a historical overview on health planning in Portugal

Jorge Simões

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
jsimoes@ihmt.unl.pt

Paulo Ferrinho

Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Resumo

Este texto pretende constituir um contributo para a história do planeamento da saúde, com base numa revisão sumária da literatura publicada sobre o tema. Descreve-se a emergência e a evolução do planeamento, os agentes responsáveis, os principais temas abordados, a sua integração com o planeamento multisectorial e os principais marcos teóricos orientadores da prática.

Esta revisão identifica a evolução do processo de planeamento em saúde, que progrediu para um planeamento orientado para os ganhos em saúde e, mais recentemente, para o reconhecimento de que os determinantes da saúde devem ser abordados em todas as políticas.

Assim, faz-se o percurso do planeamento da saúde, em Portugal, desde o Estado Novo até à atualidade, com enfoque nos principais documentos que são publicados desde o final da década de noventa do século passado: “Saúde um compromisso 1998-2002”, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, os cuidados de saúde transfronteiriços, o planeamento da rede hospitalar e os equipamentos médicos pesados.

Constata-se que o planeamento tem assumido, em Portugal, contornos contraditórios: por um lado apresenta bons documentos técnicos, com adequadas metodologias e contemplando áreas do saber que vão para além do que tradicionalmente a saúde abarca, mas, por outro lado, a execução dos planos tem-se mostrado débil, em especial na área hospitalar com diversos normativos aprovados em diversos ciclos políticos sem continuidade e sem execução efetiva.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, planeamento estratégico, ciclos políticos.

Abstract

This article intends to give a historical overview on health planning in Portugal, based on a literature review. It describes the emergence and evolution of health planning, planning agents, main issues, integration in strategic multisectorial planning and the most important theoretical guidelines. This review identifies the health planning process evolution, which evolved to a strategic planning health gains oriented and, most recently, towards an acknowledgement that health determinants must be addressed in all policies.

This review will take us on a historical journey from the dictatorship period to the present day, with special attention to some strategic planning documents and analysing how political cycles often negatively influence the practical implementation on health planning strategies.

Key Words:

Health planning, strategic planning, political cycles.

Planeamento da saúde no Estado Novo

Os grandes investimentos públicos constavam, desde o final dos anos setenta do século passado, de planos anuais designados como PIDDAC (Plano de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central), que foram antecedidos pelos Planos de Fomento: o primeiro Plano de Fomento cobriu o período entre 1953 e 1958; o segundo abrangeu os anos de 1959 a 1964; um Plano Intercalar de Fomento foi criado para os anos de 1965 a 1967; o terceiro Plano de Fomento aplicou-se ao período compreendido entre os anos de 1968 e 1973; finalmente, o quarto Plano de Fomento, para 1974 a 1979, não chegou a ser executado (Giraldes, 1984; Lains, 1994; Ceiros, 2005)¹.

A saúde é, pela primeira vez, incluída, na década de 60, num plano de fomento, sob a responsabilidade da Presidência do Conselho de Ministros, e só em 1968 surge uma estrutura orgânica do planeamento, quando foi formalmente constituída a tutela ministerial neste campo, integrada na Presidência do Conselho de Ministros, através de um subsecretário de Estado do Planeamento (Lopes, 1987; Brissos 2004).

Em 1958, nascera o Ministério da Saúde e Assistência, que recebeu do Ministério do Interior os Serviços de Saúde Pública e os Serviços de Assistência Pública, mas apenas tinha a seu cargo a execução da política de proteção da saúde na parte não assegurada pelos serviços dependentes da Previdência, integrados no Ministério das Corporações e Previdência Social, e com escassos resultados até ao final da década de sessenta (Lopes, 1987).

Depois da substituição de António de Oliveira Salazar por Marcello Caetano, em 1968, inicia-se o terceiro Plano de Fomento, que considera como prioritários três sectores de atividade - a saúde, a agricultura e a educação. A prioridade que se lhes concede resulta diretamente das carências graves com que se defrontam. Particularmente no caso da saúde, a prioridade justificava-se como um sector «de relevância essencial e que pode dizer-se (é) o alicerce por excelência do próprio processo de desenvolvimento económico, pois o homem está no principio e no fim de todo este processo» (Caeiro, 2005).

Baltazar Rebelo de Sousa, Ministro da Saúde e Assistência entre 1970-1973, apoiado por Francisco Gonçalves Ferreira, Secretário de Estado da Saúde e Assistência, e por Arnaldo Sampaio, chamado em 1970 a dirigir o recém-criado Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência, promove a publicação dos Trabalhos Preparatórios do IV Plano de Fomento, em 1971, que consistiram num minucioso diagnóstico da situação de saúde do país, marcando, de forma consistente, uma época no domínio do planeamento da

saúde em Portugal. Esta equipa dirige, em 1971, uma reforma que estabelece o novo Sistema Nacional de Saúde, como um sistema unificado de saúde (com uma componente pública e outra privada, incluindo as Misericórdias), integrando os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência. Os princípios fundamentais que regem a nova organização incluem o direito à saúde de todos os portugueses, sem qualquer discriminação, e o planeamento global de todas as atividades para melhor aproveitamento dos recursos existentes.

O fim do Século XX

Nas décadas de 70 e 80, os Planos de médio prazo (1977-1980 e 1979-1984) não passaram da fase de elaboração, mas os PIDDAC passaram a contemplar planos anuais para grandes investimentos públicos na Saúde. Este planeamento esteve centrado no Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), serviço central do Ministério da Saúde, extinto em 1997, responsável pela regulamentação, estudo, conceção, planeamento, programação, consultadoria na área de política e administração de saúde e de apoio técnico à cooperação internacional; era dirigido por um diretor-geral, coadjuvado por um subdiretor-geral.

A partir de 1978, com base nas estruturas distritais, foi dinamizada a definição de circuitos funcionais para a elaboração dos planos aos vários níveis e a articulação com sectores que condicionam ou determinam o estado de saúde das populações. A metodologia adotada, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sob a designação de *country health program*, recebeu em Portugal o nome de «planeamento integrado de saúde» e foi utilizada na elaboração dos Planos para Trás-os-Montes, Viana do Castelo, Alentejo e Castelo Branco. Assentava numa visão multisectorial dos problemas da região, num processo participado envolvendo autarquias e responsáveis locais dos serviços e de instituições representativas da população e centrado numa unidade geográfica e funcional bem definida. Na programação, procurou-se uma integração multisectorial com a segurança social, educação e desporto. Embora os planos atrás referidos constituam experiências que assumiram algumas características de um processo descentralizado, com discussão local dos problemas, o processo, porém, não garantiu o compromisso intersectorial dos vários atores para a execução do Plano, não permitindo a criação das condições para alcançar a resolução ou redução dos problemas de saúde específicos da região (Brissos 2004).

Em meados dos anos 90, o planeamento estratégico constituiu uma tentativa para conseguir melhores re-

sultados, porque se equacionam as potencialidades e fraquezas do sistema, enquadradas num determinado contexto. Como exemplo, aponta-se a Estratégia Regional de Saúde para o Alentejo, de 1997, segundo o modelo de Bryson, que tem por base o estudo do ambiente interno, através da análise dos mandatos, missões e valores da organização, e do ambiente externo, mediante o conhecimento das forças/tendências dos utentes e dos parceiros. Este modelo foi complementado com o de *Backoff*, que contribuiu para o estudo da situação corrente e definição de perspectivas de evolução futura. Pretendia-se alcançar ganhos em saúde através de menores taxas de mortalidade, de morbilidade e de melhor acompanhamento dos grupos de risco (aumentar anos à vida e vida aos anos) (Brissos 2004).

A transição para o Século XXI

A partir da década de 90, importantes documentos são preparados a nível nacional, assumindo-se como textos estratégicos nacionais para a saúde.

Em primeiro lugar o documento “Saúde um compromisso 1998-2002” (Ministério da Saúde, 1999). Este texto apresenta um conjunto relevante de qualificativos: o respeito pela cultura nacional; a consideração de cenários alternativos; o foco progressivo em assuntos-chave; a criação de uma equipa nuclear restrita; a discussão pública durante três meses; a mobilização de apoio político; o balanço entre perspectivas políticas e técnicas; o processo negociado; a aprendizagem continuada; um processo bem documentado (Craveiro e Ferrinho, 2001). A responsabilidade pela elaboração deste documento coube à Direção Geral da Saúde (DGS), após a extinção do DEPS.

O documento constituiu um guião para importantes inovações introduzidas neste período nas políticas de saúde, de que se destacam como mais significativas:²

1. O incentivo a maior produtividade e satisfação dos clínicos gerais, através de um novo regime remuneratório experimental, que tinha em consideração as condições do desempenho profissional;
2. A maior desconcentração no planeamento e controlo das unidades de saúde, através da criação das agências de contratualização, no âmbito das administrações regionais de saúde;
3. A criação de um *tertium genus* na gestão hospitalar, com o novo estatuto jurídico do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, a que se seguiram a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio, adotando regras privadas na gestão de recursos humanos e na contratação de bens e de serviços, mas mantendo, o Hospital, estatuto e gestão públicos.

Em segundo lugar, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004).

Este Plano, igualmente coordenado pela DGS, recebeu, desde a sua preparação inicial, o apoio da OMS Europa (Carrolo *et al*, 2004), foi fortemente influenciado pela estratégia de saúde da Irlanda, a sua metodologia compreendeu iniciativas diversas sobre temas específicos e em diversos pontos do país, incluindo um fórum nacional, e culminou com a publicação de um “documento mártir”, em discussão pública durante um ano, tendo sido consultadas mais de seis centenas de organizações e recebidos mais de uma centena de contributos escritos.

As estratégias gerais do Plano centravam-se em *settings* – escola, locais de trabalho, prisões – e as estratégias para obter mais saúde para todos centravam-se na família, no ciclo de vida e na gestão integrada de doenças prioritárias. Na operacionalização, optou-se pela criação de um elevado número de programas, incluindo quatro programas verticais nacionais sobre VIH/SIDA, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares e saúde mental. Houve uma boa monitorização das metas, mas sem reação atempada aos desvios observados em relação à evolução planeada (Ministério da Saúde, 2010).

Chamada a avaliar este Plano, a OMS Europa concluiu que o PNS tinha sido bem recebido e tinha conseguido um consenso alargado sobre as prioridades em saúde, bem como permitiu um referencial alargado e organizador para as atividades do sistema de saúde; porém, o PNS não terá estabelecido uma ligação forte com instrumentos de governação, em especial a contratualização e a regulação do sistema de saúde (WHO, 2006; WHO, 2010).

Em terceiro lugar, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (Ministério da Saúde, 2010 b).

Os objetivos centrais deste Plano consistiam em maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade e cidadania.

A responsabilidade pela elaboração do Plano coube ao recém-criado Alto Comissariado da Saúde, com dois coordenadores, um gabinete técnico e vários grupos de trabalho temáticos; foram estabelecidos pontos focais em diversos departamentos ministeriais e envolvidos consultores nacionais e internacionais.

Em suma, procurou-se obter conhecimento e análise técnicos muito aprofundados relativamente a cada um

1 - Para mais desenvolvimentos sobre planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais, ver Sena, Ferrinho e Miguel, 2006.

2 - Para mais desenvolvimentos sobre políticas da saúde em Portugal, ver Campos e Simões 2011.

dos problemas tratados e um envolvimento e participação de amplos sectores da sociedade e do Estado.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 foi alargado até 2020 e define quatro eixos estratégicos principais para orientar as políticas de saúde em Portugal: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade na saúde e políticas saudáveis.

O Plano assume como metas principais a redução da mortalidade prematura, o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos e a redução de fatores de risco para doenças não transmissíveis como o tabagismo e a obesidade infantil (Beja *et al*, 2014).

O Plano visa o envolvimento dos sectores público, privado e social, com vista a atingir os objetivos e obter ganhos de saúde para a população, assegurando a equidade, a qualidade e a sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

Uma mudança significativa ocorreu com a extinção, em 2012, dos quatro programas verticais nacionais, que foram substituídos por programas de saúde prioritários. Estes resultaram da reorganização dos programas nacionais existentes, priorizando as principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal, bem como os fatores de risco prevalentes na população, como as doenças respiratórias, diabetes *mellitus*, resistência aos antimicrobianos, o excesso de peso, o tabagismo e o sedentarismo. Cada programa de saúde prioritário é organizado de acordo com as estratégias nacionais de saúde, constantes do Plano Nacional de Saúde, e tem um horizonte de quatro anos.

Com base nestas estratégias nacionais, foram elaboradas 39 estratégias locais de saúde centradas nos ACES (Ministério da Saúde, 2015).

Em quarto lugar os cuidados de saúde transfronteiriços.

A mobilidade nunca foi uma questão relevante no sistema de saúde português. Algumas populações que habitam perto da fronteira com Espanha utilizam unidades de saúde espanholas, mais por causa da proximidade do que por falta de acesso em Portugal. No ordenamento jurídico da União Europeia já se previam algumas situações de prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, nomeadamente as emergências médicas ocorridas no estrangeiro. Para situações programadas excecionais, para as quais não existe resposta adequada no SNS, o Ministério da Saúde pode autorizar a prestação de cuidados de saúde fora do país.

Porém, o que obrigará a um diferente planeamento dos cuidados de saúde, em Portugal, bem como nos outros países da UE, é a nova realidade criada pela Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, que estabelece regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União

Europeia, a assegurar a mobilidade dos doentes de acordo com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça e a promover a cooperação entre os Estados-membros em matéria de cuidados de saúde.

Posteriormente, foram aprovados vários diplomas legais com o objetivo de definir os papéis a desempenhar por cada órgão do Ministério da Saúde, relativamente à prestação de cuidados de saúde transfronteiriços. Assim, o Despacho n.º 11712/2014, de 19 de Setembro, designa o INFARMED como autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde; o Despacho n.º 11713/2014, de 19 de Setembro, designa a ACSS como Ponto de Contacto Nacional; o Despacho n.º 11778/2014, de 22 de Setembro, define requisitos para o reconhecimento das receitas de dispositivos médicos emitidas noutro Estado-membro; o Despacho n.º 11779/2014, de 22 de Setembro, designa os SPMS como autoridade responsável pela *eHealth*; a Portaria n.º 191/2014, de 25 de Setembro define os cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia.

Atendendo às regras definidas na citada Diretiva, a garantia do acesso deve implicar a superação de barreiras financeiras, linguísticas e culturais, de mobilidade física, informacionais, barreiras de proximidade geográfica, administrativas e na continuidade de cuidados.

Porém, o âmbito dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia é considerável, o que diminuirá, certamente, os ganhos pretendidos no acesso a cuidados de saúde transfronteiriços. Assim, a mobilidade de doentes portugueses na procura de cuidados de saúde noutro Estado-membro da UE deverá continuar a ser escassa.

Ainda assim, para além de se estabelecerem novas regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, a Diretiva incentiva a cooperação entre os Estados-Membros em matéria de cuidados de saúde.

Em quinto lugar, o planeamento da rede hospitalar.³

A procura da racionalidade e da eficiência tem conduzido, ao longo dos anos, a diversos modelos de coordenação dos hospitais ou de regionalização hospitalar.

Desde logo, a publicação da Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, permitiu estabelecer as bases da organização hospitalar, ao dividir o território nacional em zonas, regiões e sub-regiões, definindo as responsabilidades de cada nível de organização e o elenco do tipo de hospitais que deveria existir em cada zona. Em 1959, são criados os órgãos de administração regional que faltavam na legislação de 1946 - as comissões inter-hospitalares de Lisboa e do Porto - e, em 1961, a de Coimbra.

A atual organização e planeamento da rede hospitalar é, nas suas linhas fundamentais, a que foi definida pelo Estatuto Hospital de 1968 e as iniciativas posteriormente surgidas não passaram de tentativas. E as tentativas foram várias.

Em 1986, foram publicados quatro despachos com as regras sobre a hierarquização e o dimensionamento dos hospitais públicos.

O Despacho n.º 10/86, de 5 de maio, anunciava o estabelecimento de uma Carta Hospitalar Portuguesa, com a definição das regiões hospitalares, da hierarquização dos serviços em cada região e a publicação de normas definidoras de valências básicas, não básicas, intermédias, complementares e altamente diferenciadas, que acompanhariam a classificação dos hospitais.

A Carta Hospitalar identificava como únicas influências válidas para a planificação, a construção e o apetrechamento em recursos humanos e materiais, as derivadas dos critérios técnico-científicos aceites na comunidade internacional e adaptados à realidade portuguesa por técnicos qualificados de planeamento.

Este Despacho definia o hospital de nível 1, que correspondia ao conjunto de 23 hospitais distritais antes designados por concelhios, com o seguinte leque de valências a incluir no internamento: medicina, cirurgia geral, obstetrícia/ginecologia e pediatria, e com uma unidade de urgência - Serviço de Atendimento Permanente - da responsabilidade de clínicos gerais.

Foi publicada, depois, uma lista de hospitais que passaram a ser classificados no nível 1 e o Despacho n.º 23/86, de 16 de julho, caracterizava e definia o seu âmbito, estabelecia o *ratio* de camas/habitantes, apontava os limites da dimensão do respetivo internamento e definia o número de médicos necessários por serviço, para cada uma das quatro valências, bem como para as duas que lhes são complementares – a neonatologia e a anestesiologia.

O Despacho n.º 32/86, de 5 de setembro, definia a organização dos hospitais de nível 2, 3 e 4, no que respeita ao internamento, à consulta externa, à urgência e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Finalmente, o Despacho n.º 36/86, de 3 de novembro, caracterizava as valências intermédias, diferenciadas e altamente diferenciadas, utilizando-se processo idêntico ao utilizado para as valências básicas.

Trata-se de um estudo da maior importância que limitou, porém, o seu impacto aos hospitais de nível 1: em relação a estes não se colocavam dúvidas ou não se suscitavam polémicas quanto à sua classificação. O mesmo se passaria em relação aos hospitais de nível 4, os centrais; porém, para os restantes, as administrações dos hospitais, as autarquias, as forças partidárias e as associações locais cedo reivindicaram para cada um dos seus hospitais o nível 3 – o mais diferenciado e aquele que, aparentemente, conferiria maior prestígio e estatuto social e profissional aos seus profissionais.

Decorridos doze anos, publicou o Governo, em 1998, a “Carta de Equipamentos de Saúde”, documento mais vasto que os diplomas de 1986 pois incluía a definição e

caracterização dos serviços de saúde primários e, para os hospitais, a definição, caracterização, níveis de implantação, hierarquização técnica e área de atração e classificação das valências/especialidades, destacando a baixa produtividade observada na utilização dos equipamentos instalados no SNS.

Para os hospitais previam-se quatro níveis:

- O hospital local, destinado fundamentalmente a convalescentes e doentes de doença prolongada, deveria integrar-se no hospital de agudos da sua área;
- O hospital distrital, localizado, em princípio, na sede do distrito, servindo todo o distrito ou um grupo de concelhos, no caso da população ser muito superior à que estava na base deste tipo de hospital - cerca de 150 000 habitantes -, deveria dispor de todas as valências básicas⁴ e, eventualmente, de algumas das intermédias⁵;
- O hospital regional, a criar nas sedes das regiões de saúde, para uma população de cerca de 800 000 habitantes, deveria dispor de todas as valências básicas e intermédias e poderia manter as valências diferenciadas⁶ que a sua área de influência justificasse;
- O hospital central localizar-se-ia em Lisboa, Porto e Coimbra, com todas as valências que um hospital de referência deveria dispor.

Mas também este estudo não provocou qualquer alteração no ordenamento hospitalar português.

Em 2014, o Governo publica a Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, na qual os hospitais são classificados de acordo com os serviços que oferecem:

O Grupo I inclui hospitais que oferecem algumas valências médicas e cirúrgicas; podem estar disponíveis outras valências (e.g. oncologia, hematologia, medicina nuclear), de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência. A rede nacional e referência é estabelecida pela ACSS, através de um processo complexo, o que torna a sua revisão difícil. Define o hospital onde um doente é assistido, por especialidade e região do país.

O Grupo II inclui hospitais que oferecem valências médicas e cirúrgicas, incluindo as que não são oferecidas pelos hospitais do Grupo I; os hospitais deste grupo não exercem as valências de farmacologia clínica, genética

3 -Para mais desenvolvimentos sobre planeamento hospitalar ver Simões, 2004.

4 - As valências básicas propostas eram as seguintes: medicina interna, cirurgia geral, pediatria e neonatologia, obstetrícia e ginecologia, ortopedia, medicina física e de reabilitação, imagiologia, imuno-hemoterapia, patologia clínica, anatomia patológica, estomatologia e psiquiatria.

5 - As valências intermédias eram as seguintes: gastroenterologia, urologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia e venereologia, pneumologia, infecciosologia, neurologia, nefrologia, endocrinologia, imuno-alergologia, oncologia médica, pedopsiquiatria e reumatologia.

6 - As valências diferenciadas eram as seguintes: cardiologia de intervenção, cardiologia pediátrica, cirurgia cardiorácica, cirurgia maxilofacial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, genética médica, hematologia clínica, medicina nuclear, neurocirurgia, neurorradiologia e radioterapia.

médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardio-torácica e cirurgia pediátrica.

O Grupo III inclui hospitais que oferecem todas as valências médicas e cirúrgicas, incluindo áreas de maior diferenciação que não são oferecidas pelos hospitais do Grupo II.

O Grupo IV inclui hospitais especializados em oncologia, medicina física e de reabilitação, e psiquiatria e saúde mental.

Em sexto lugar, “os equipamentos médicos pesados”.

A preocupação de regular a instalação de “equipamento médico pesado” surge em 1988, com a publicação do Decreto-lei n.º 445/88, de 5 de dezembro, que pretendia, em especial, controlar a expansão do sector privado nesta área, impondo a todos os agentes – públicos e privados – a aplicação de *ratios* de habitantes por equipamento. Esta solução não deixou de ser criticada porque a inovação tecnológica rapidamente banaliza a utilização de certos equipamentos, porque, aplicando-se cegamente os *ratios*, não se tomam em consideração aspetos de acessibilidade e de articulação de serviços e, também, porque se tratava de um condicionamento administrativo, limitador do desenvolvimento do sector privado, da concorrência entre serviços públicos e privados, e entre estes, e da própria liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços.

Após a tentativa frustrada de aplicação de uma carta hospitalar, também esta “liberdade vigiada” na instalação de equipamentos médicos pesados não teve melhor sorte, porque não existiu efetivo controlo para a aplicar e porque o Estado se constituiu no primeiro transgressor dos princípios que enunciara.

Em 1995, o Decreto-lei n.º 95/95, de 9 de maio, sensível a alguns daqueles argumentos, revoga o diploma de 1988 e sujeita a instalação do equipamento médico pesado a autorização do Ministro da Saúde, de acordo com critérios de programação e de distribuição territorial fixados em resolução do Conselho de Ministros. No mês seguinte, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho, elimina as restrições à instalação de parte dos equipamentos constantes da lista de 1988.

Em 1998 foi publicada a “Carta de Equipamentos da Saúde”, descrevendo a distribuição e caracterização dos equipamentos no país e por região, públicos e privados.

Em 2014 é publicada a “Carta de Equipamentos Médicos Pesados”, que atualiza a “Carta de Equipamentos da Saúde”, de 1998.⁷

O documento estabelece rácios nacionais e regionais associados às tecnologias médicas e diagnóstico imagiológico, incluindo equipamentos de tomografia computadorizada (TC) e de imagiologia por ressonância magnética (IRM). Esta nova Carta permitiu ao Ministério da Saúde identificar as principais lacunas na resposta às necessi-

dades da população na área da oncologia, por exemplo. A Carta conclui que Portugal tem equipamento insuficiente para atender às necessidades, particularmente nas áreas da medicina nuclear e rádio-oncologia. Por exemplo, em vez dos 60 aceleradores lineares (usados nos tratamentos externos de radioterapia) necessários, Portugal tem apenas 45, 29 localizados em unidades do SNS.

Em 2013, existiam cinco aparelhos de tomografia por emissão de positrões (PET) a funcionar em estabelecimentos do SNS e sete aparelhos PET a funcionar em unidades privadas.

Discussão

Sem pretender constituir a história do planeamento da saúde em Portugal, esta revisão identifica a saúde como um sector de relevância para o processo de desenvolvimento económico. A sua evolução fica marcada pelo reconhecimento da saúde como um direito, da especial responsabilidade do Estado e, daí também, a necessidade de planear a rede de cuidados de saúde. De aqui se progrediu para um planeamento orientado para os ganhos em saúde e, mais recentemente, para o reconhecimento de que os determinantes da saúde devem ser abordados em todas as políticas.

A partir do fim da década de 1980, o planeamento local começa a afirmar-se, progredindo para, uma cada vez maior, articulação com as orientações estratégicas nacionais.

A integração na UE colocou novos desafios em termos de cuidados transfronteiriços.

As tendências do nosso planeamento estratégico estão alinhadas com as dos países de tradição *beveredgiana*, reconhecendo-se as vantagens de introdução de mecanismos de planeamento associados mais frequentemente às tradições *bismarquianas* do planeamento, que permitiriam uma melhor articulação de metas estratégicas com os processos de prestação de cuidados através de, por exemplo, mecanismos de contratualização (Ferrinho *et al*, 2015). Reconhece-se que o planeamento da saúde é uma aprendizagem que se vai fazendo, devendo ser integrado num processo de gestão estratégica, articulado com a regulação do sector e com a sua avaliação (Hartz & Ferrinho, 2011; Ferrinho *et al*, 2013).

Conclusões

O planeamento tem assumido, em Portugal, contornos contraditórios: por um lado apresenta bons documentos técnicos, com adequadas metodologias e contemplando áreas do saber que vão para além do que tradicionalmente a saúde abarca. Esta constatação é notória com

a metodologia e com a amplitude de temas tratados na preparação do Plano Nacional de Saúde 2012/16.

Mas, por outro lado, a execução dos planos tem-se mostrado débil, em especial na área hospitalar com diversos normativos aprovados em diversos ciclos políticos sem continuidade e, pior, sem execução efetiva.

O planeamento da saúde tem, ainda, oscilado sem resposta perante questões fundamentais.

Em primeiro lugar o público e o privado. Deve o planeamento nacional englobar, ou pelo menos considerar a oferta privada (e social)? Esta interrogação não é inócua e não tem resposta fácil. O legislador tem oscilado entre o sim (equipamento pesado) e o não (planeamento hospitalar), mas sem o referir expressamente.

Em segundo lugar o plano nacional e o plano continental. A autonomia das regiões autónomas tem feito esquecer, quase sempre, o âmbito nacional no planeamento da saúde, quer na produção técnica e académica, quer nas decisões políticas.

Se no âmbito político é compreensível, e em alguns casos óbvio face aos preceitos constitucionais e legais que dão competência própria às regiões autónomas no que respeita à saúde, não é desejável que se perca o plano nacional quando se estudam contextos, determinantes, processos e resultados em saúde.

Em terceiro lugar a relação entre o plano nacional, regional continental e local.

A evidência demonstrada pela preparação do PNS 2012/2016 permite dizer que as orientações estratégi-

cas devem caber ao plano nacional, que o plano regional (equivalente às cinco regiões de saúde) deve desenvolver um polo de planeamento próprio em articulação com os polos locais.

O processo de transferência de competências na área da saúde para os municípios, levará, necessariamente, a um reforço do esforço de planeamento, com especial atenção aos instrumentos de avaliação que permitam, por um lado, comparar os diversos processos e resultados e, por outro lado, evitar ou atenuar omissões, duplicações, desigualdades.

Agradecimentos

O GHM é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - UID/Multi/04413/2013

Conflitos de interesses

Paulo Ferrinho coordenou a equipa técnica de redação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Jorge Simões e Paulo Ferrinho coordenaram a equipa de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

7 - Para mais desenvolvimentos sobre este documento ver Ministério da Saúde, 2014.

Bibliografia

1. Beja A, Ferrinho P, Craveiro I (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 32 (1) 10-17.
2. Brissos, MA (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 22 (1): 43-55.
3. Campos, A.C. e Jorge Simões (2011). *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa*. Almedina, Coimbra.
4. Carrolo M, Ferrinho P, Pereira Miguel J (2004). Consultation on Strategic Health Planning in Portugal, WHO-Portugal Round Table, 28th and 29th of July 2003. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
5. Craveiro I, Ferrinho P (2001). Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2): 27-37.
6. Ferrinho P *et al* (2013). Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*; 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical: 76-87.
7. Ferrinho P, Guerreiro CS, Portugal R (2015). Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*; 14: 71-84.
8. Giraldes MDR (1984). Contributos para a análise de experiências de planeamento do Sector da Saúde, in *O Planeamento Económico em Portugal: Lições da Experiência*. Sá da Costa, Lisboa.
9. Hartz Z, Ferrinho P (2011). Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. pp 58-79, Capítulo 3 em *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides. Gradiva. Lisboa.
10. Lains P (1994). O Estado e a industrialização em Portugal 1945-1990. *Análise Social*; XXIX (128): 923-958.
11. Lopes OG (1987). Planeamento em Saúde. Para a história da evolução das estruturas da saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*; 23: 99-114.
12. Ministério da Saúde (1999). Saúde um compromisso – uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa.
13. Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volumes I e II. Direcção Geral da Saúde. DGS, Lisboa.
14. Ministério da Saúde (2010). Atlas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.
15. Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.
16. Ministério da Saúde (2015). Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais e Locais. Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde. DGS, Lisboa, 2015.
17. Sena C, Ferrinho P, Miguel JP (2006). Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 24 (1): 5-19.
18. Simões, Jorge (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência de percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho*. Almedina, Coimbra.
19. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernandez-Quevedo C. (2017) *Portugal: Health System Review*. European Observatory on Health Systems and Policies.
20. World Health Organization (2006). Portugal – WHO round table consultation on the Implementation of the National Health Plan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e90146.pdf>
21. World Health Organization (2010). WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

Health planning in Spain

Planeamento de saúde em Espanha

Alberto Infante Campos

Professor (emeritus) of International Health at the National School of Public Health/Institute of Health Carlos III. Madrid.

Resumo

O sistema de saúde espanhol (SNHS) foi definido por lei em 1986. Existem muitos estudos bem documentados sobre como os seus traços essenciais (universalidade, acessibilidade, descentralização, redes públicas de saúde integradas, financiamento público e privado, financiado por impostos, seguros, copagamentos, etc.) têm evoluído desde então.

Este artigo explica como as estruturas e funções do SNHS estão profundamente descentralizados e como a recente crise económica mudou esse cenário, com o planeamento em saúde centralizado essencialmente no Ministério das Finanças e quase unicamente com fundamento em considerações de controlo do *deficit* financeiro.

Palavras Chave:

Espanha, planeamento em saúde, descentralização, crise económica.

Abstract

The Spanish National Health System (SNHS) was legally defined in 1986. There are many well documented studies on how its basic traits (universality, accessibility, decentralization, integrated public health networks, public and private provision, financed by taxes, social premiums and copayments, etc.) have evolved since then.

This paper explains how the SNHS facilities and functions are deeply decentralized and how the recent economic crisis has changed this picture, with central health planning basically located into the Ministry of Finance and mainly guided by deficit control considerations.

Key Words:

Spain, health planning, decentralization, economic crisis.

Introduction

In 1986, the General Health Act (GHA) defined the Spanish National Health System (SNHS). There are many well documented studies on how its basic traits (universality; accessibility; primary health care based; quality and integrality; decentralization; integrated public health networks; public and private provision; financed by taxes, social premiums and copayments) have evolved since then [1, 2].

From 2002 onwards, with the exception of Ceuta and Melilla, the 17 Spanish regions (*Comunidades Autónomas*) are fully competent to plan, organize and manage the publicly financed health services of their territory. The GHA created a coordination body, the “*Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*” (CI) where the Minister of Health and the other 17 regional ministers meet and discuss common issues. This body meets in plenary 3-4 times a year, has several permanent technical commissions and working groups, and its agreements are usually reached by consensus [3].

Articles 75, 76 and 77 of the GHA mandated the elaboration of an “Integrated Health Plan” as a single, consolidated document including the central and regional health priorities and plans, as well as the resources for implementing them. The “Integrated Health Plan” had to be discussed and approved by the CI. But this “Integrated Plan” was never elaborated.

At the same time, regions have produced, and in most cases revised and updated, Regional Health Plans. Regions are happy to use Health Plans to synthesize health situation and needs, setting formal strategies (being very exhaustive in scope and scarcely selective in priorities), and pointing out interventions and indicators. Nevertheless, there is no evidence that this displaying function goes much further than “inspirational planning”, being marginal to the real processes of resource allocation or setting hard objectives to the healthcare centres and services.

For priority setting Regions use three sort of tools: a) health Plans, that inspire general health objectives but do not link well to the other two; b) contractual management among the Regional healthcare service and the health centres, basically focused on effectiveness, safety, productivity and efficiency, good performance and control of waiting times; and, c) annual budgets, that follow a different and timely decoupled path: they are input oriented (personnel, running costs, external contracts, investments, etc.), and split funds to centres and headings with very little relation to the health care outputs or outcomes.

In conclusion, in Spain today you may found 17 Regional Health plans but no a comprehensive Spanish one.

It worth to note that, once it was completed the devolution of SNHS services to all the 17 Regions in 2002, and after “Cohesion and Quality Act” was passed in 2003, the “old” General Directorate for Health Planning of the Ministry of Health (MoH) was split into a DG for Quality of Care, and another one for “Cohesion and High Inspectorate” of the SNHS.

Nevertheless, when consensus is reached within the CI on a particular subject, it can result in special Health Plan being approved. This has been the case for the preventive measures in relation to high temperature (every year since 2005), tuberculosis prevention and control (2007, reviewed in 2013), and poliomyelitis eradication (2013).

In conclusion, generally speaking, all Regions have full powers for health planning, including territorial distribution of health facilities (public and private), though they usually inform the MoH when relevant changes are introduced.

There are six notable exceptions to health powers of the Regions: a) health protection controls in the national borders (a MoH exclusive responsibility); b) drugs and pharmaceuticals register and prices, an area that the GHA assigned almost exclusively to MoH; c) AIDS prevention, control and treatment (a MoH central Plan is in charge from the beginning of the epidemic), d) organ transplantation, which is a centralized organization since the 80’s (“*Organización Nacional de Trasplantes*”), e) the post-graduate health education system (a MoH responsibility but with important presence of the Regions), and f) the nomination of “Centres of reference” for some illness and/or procedures (this process is shared by the MoH and the Regions through a CI’s particular commission)

Some recent developments

In 2005, in order to strengthen the MoH’s role within the SNHS, a “**Quality Plan for the NHS**” was elaborated. The Plan included strategies, actions and goals for: a) health promotion and protection, b) foster equity in health, including gender equity, c) planning of human resources, d) promoting good practices and clinical excellence, e) e-health and electronic records, f) strengthening health information systems.

The Plan, which was not compulsory voluntary for the Regions, was revised and updated in 2010 and it was financed with 50M € a year for five years [4].

The MoH, being an the driving actor of the Quality Plan, in coordination with *Regions, professional associations and patients*, produced a number of **Health Strategies** dealing with *prevalent diseases* (cardiovascular, cancer, normal delivery, diabetes, neuro-degenerative

disorders, chronic kidney failure, stroke, rare diseases, etc.) and other *relevant health problems* (mental health, sexual and reproductive health, chronicity).

Each Health Strategy included a revision of the “state of the art”, a number of goals, actions, time-frame and indicators. They were discussed and approved in the CI. All of them but one (chronicity) was approved before 2011 and, unfortunately, since then they **have not been reviewed or updated**.

Also, as a part of the Quality Plan, the MoH published three **prospective studies on medical manpower** (2006, 2008, 2010), and another one on **nurses supply and demand** (2010). These studies were intended to predict the balance/disbalance between the number and distribution of specialists and their estimated needs in the long run (2025) on a multi-parametrical basis. They were very useful to negotiate with Ministry of Education and Universities the number annual intake of students into Medicine and Nursery Schools. Unfortunately, after 2012 this effort **was discontinued**.

An area of MoH that has been clearly improved during the last ten years is Health Information Systems. Today health decision makers, other stakeholders, health professionals and the public have access to a great number of good quality, frequently updated repository of health information on many different aspects of the SNHS. An official report summarizing and analyzing this information is published every year [5]. Additionally, other relevant reports on several SNHS aspects are published regularly [6].

Therefore, it can be said that there is a clear **misbalance** between the amount and quality of health information available and MoH’s institutional capacity for health planning at a national scale.

Apart from the legal distribution of responsibilities, there are at least three reasons for that: a) a lack political will (“avoiding conflicts” is a deeply rooted tradition); b) no funds to attract the Regions into sharing plans and strategies (both the funding of the Quality Plan and a so-called Cohesion Fund were suppressed in 2012 as part of central “austerity measures”); c) the intra government redistribution of power caused by the economic crisis (today the Ministry of Finance decides on every economic aspect of the SNHS, from the co-payments for drugs, to the annual percentage of personnel replacement in hospitals and health centers).

Current situation

Six years of public health spending cuts (the per capita health spending decreased a 12% between 2009 and 2014) have had a notable impact on NHS, basically in terms of:

a) Universality (the Royal Decree 16/2012 amended the GHL and re-established the public health coverage as a benefit of the Social Security System, excluding to irregular migrants among others) [7]

b) Equity (private health expenditure was above 30% of total health expenditure in 2014 and 2015, for the first time since the SNHS was created) [8]

c) Health personnel (a lack of 25.000 health professionals between 2011 and 2015)

d) Co-payments for pharmaceuticals (that were increased, affecting the accessibility for some disadvantage groups even though the effort of some Regions to minimize it) [9]

e) Waiting lists (from 459.885 to 549.424 patients from 2011 to 2015, with a 22% of increase of the average waiting times)

f) Increasing differences among Regions (in 2015 the difference between País Vasco -1.548 € per capita- and Andalucía -1.004€ per capita- was 544 €); in global terms this difference increased a 5,1% since 2010 [10].

All this happened in a context of scandals linked to important corruption cases and a semi-bankruptcy of financial system the that forced to a EU not declared intervention with an estimated cost of about 69.700M €, a figure notably similar to the SNHS annual budget [11].

This strategy was, by no means, inescapable; on the contrary, it was the result of a conservative approach to challenges of the SNHS. Other strategies to cope with the economic crisis, which would had dealt dealing with some structural SNHS problems while preserving its fundamental traits, were proposed [12] but ignored by the Government.

Worse than that, the last macro-economic horizon sent to Brussels by the Government persists in the same way, with additional reductions (from 5,95% of GDP *expected* for 2016 to a *projected* 5,74 for 2019) of public health spending [13].

That in spite of the above, people’s opinion on NHS remain still relatively high it is probably due to the high esteem of the Spaniards for the NHS, and to the hard work of health professionals, as the recently appointed new Health Minister, Ms. Monserrat, has recognized [14].

As a consequence, the health debate in Spain is now mainly centered on issues like:

- Financing (could the SNHS survive a new wave of the budgetary adjustments? Is it possible to recover an adequate and a more territorially fair level of financing? How a relevant cohesion fund could be re-introduced?)
- Good governance (both at Central and Regional levels), including more transparency, better mechanisms to select and control health managers and improving social and professional engagement) [15].
- The need of a new NHS General Act that takes into

account changes and developments since 1986, re-establishes *de jure* universality, and updates and clarifies the prolific legislation on health matters and the SNHS issued during the last 30 years. On this matter, the issue of giving more power to the CI is periodically raised, though it not may be acceptable for some Regions.

As a matter of fact, there is no so much eagerness for central health planning as for sharing the good (and bad?) practices taking place at regional level, with an information-action approach [16].

Conclusions

Health planning is an elusive term that may have different meanings: program planning, planning as decisions about resources allocation, planning as coordination of efforts, planning as the elaboration and implementation of a “Plan”, etc. [17].

Spain has an almost federal organization of the State and, accordingly, the SNHS facilities and functions are deeply decentralized with very few exceptions. For years, the central Government had no other option to keep the system aligned that using some few additional funds, and the relatively weak CI coordination mechanisms.

Therefore, there is no a single “Spanish” Health Plan but 17 Regional Plans, even though Health Information Systems are relatively well developed and a lot of

reliable health information is periodically published and discussed. Health Plans do exist in the Regions but their practical impact on the Regional Health Services activity and performance is doubtful.

The recent economic crisis has changed this picture, with the Ministry of Finance entering decisively into “health planning”, solely guided by financial considerations, an approach that hampered the capacity of SNHS to respond to people health needs.

As the conservative government that took office at the end of 2016 has no parliamentary majority, political negotiations and agreements are to be required. A number of recent official statements suggest a certain relief on public social spending may occur to be compensated with some taxes increase. How consistent this “new approach” will be and how it will affect SNHS 2017 budget is still uncertain¹.

Acknowledgment

The author thanks very much to Dr. JM Repullo and Dr. JM Freire for their comments and contributions.

1 -At the moment of writing these lines a political agreement between central and regional Governments to redesigned the entire financing system to Regions was reached. This new system (replacing to former one that expires in 2014 will be operative at the end 2017 and it will fundamentally affect health, education and social regional services

References

- García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1–295.
- Puig-Samper F, Bravo C. Treinta años del Sistema Nacional de Salud: desafíos actuales y propuestas. Fundación 1º de Mayo, Madrid, noviembre 2016. <http://www.1mayo.ccoo.es>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. <https://www.mssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm>. (Consultado el 13/01/2017)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ENG.pdf (Consultado el 13/01/2017)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Madrid, 2016
- SESPAS. Serie Informes SESPAS. *Gaceta Sanitaria*. Madrid <http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/> (Consultado el 13/01/2017)
- Cimas M, Gullón P, Aguilera E, Meyer S, Freire JM, Perez-Gomez B. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy*. 2016;124(4):384-394. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.005>
- Expansión. Spain Governmental Health Expenditure. <http://countryeconomy.com/government/expenditure/health/spain> (Consultado el 14/10/2017)
- Zafra I. El abandono de tratamientos cae un 32% al quitar el copago sanitario. *El País* 10/01/2017. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2017/01/10/valencia/1484067899_001258.html. (Consultado, el 14/01/2017)
- FADSP. Los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Madrid, 2015.
- Martínez-Olmos J. Rescate bancario y sanidad. *Redacción Médica*. <http://www.redaccionmedica.com/opinion/rescate-bancario-y-sanidad-2493>
- Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance. Madrid, 2014 http://aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
- Fernández JM. Recuperar la sanidad exige un buen diagnóstico. *El País* 11/01/2017 (Consultado el 14/11/2017)
- Morente A. Los desafíos de Monserrat. *El Médico* n° 1178, Diciembre 2016, 15-19.
- Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2016;30(S1):3–8 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.016> 0213-9111/
- Hernández-Quevedo C, Peiró R, Villalbí JR. La salud pública y las políticas de salud: de la información a la práctica. Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit* 2016;30 Supl 1:1-2. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.10.001
- Arnold MF. Basic concepts and crucial issues in health planning. *AJPH* vol59 n°9 1686-97

Planeamento de saúde na Alemanha

Princípios fundamentais: descentralização, subsidiariedade, corporativismo

Health planning in Germany

Fundamental principles: decentralisation, subsidiarity, corporatism

Jens Holst

Universidade de Fulda

Resumo

O planeamento de saúde na Alemanha está amplamente determinada pela estrutura corporativista e descentralizado do seu sistema da saúde. Desde o início, o Estado terceirizou funções centrais de decisão e direção a órgãos de caráter público sem fins de lucro que representam os compradores e os prestadores de saúde, ou seja os seguros sociais obrigatórios de doença e hospitais, médicos da atenção ambulatoria e colégios médicos. Estes organismos atuam segundo alguns princípios fundamentais como solidariedade, paridade, subsidiariedade e autogoverno, isto é trata-se de órgãos autônomos de afiliação obrigatória e autoadministrados. Enquanto o Governo define o marco legal, a direção operativa do sistema e a concretização das regulações ficam a cargo da auto-governança. As associações têm o mandato legal de participar ativamente no planeamento e na direção do sistema. O órgão não governamental máximo e mais influente do sistema de saúde alemão é a Comissão Conjunta Federal composta por igual quantidade de representantes das caixas sociais e dos provedores. A comissão estipula as regras comuns a todos os níveis de cuidados médicos, orientações para a garantia da qualidade e orientações processuais para o planeamento; acima de tudo é responsável pelo pacote de benefícios do seguro social obrigatório de doença. Se por um lado o corporativismo assegura um alto nível de participação e legitimidade, por outro dificulta a implementação de políticas baseadas na evidência que estejam de acordo com as prioridades sanitárias.

Palavras Chave:

Cuidados de saúde, planeamento em saúde, segurança social, seguros de saúde, Alemanha.

Abstract

Health planning in Germany is largely determined by the corporatist and decentralised structure of the healthcare system. From the very beginning, the State has outsourced central decision-making and management functions to public, non-profit bodies representing purchasers and providers, i. e. compulsory social health insurance schemes and hospitals, outpatient care physicians and medical colleges. These organisations operate according to fundamental principles such as solidarity, parity, subsidiarity and self-government, that is they are autonomous and self-governed bodies with mandatory affiliation. While the government defines the legal framework, the system of self-governance is responsible for the operational steering of the healthcare system and the implementation of regulations. Corporatist associations have the legal mandate to actively participate in the planning and guidance of the system. The highest and most influential non-governmental body in the German health system is the Joint Federal Commission consisting of equal numbers of representatives from social insurance funds and providers organisations. The commission stipulates common rules for all levels of medical care, quality assurance guidelines and procedural guidelines for planning; over all is responsible for the benefits package of the social health insurance schemes. While corporatism ensures a high level of participation and legitimacy, it also hampers the implementation of evidence-based policy measures according to health priorities.

Key Words:

Health care, health planning, social security, health insurance, Germany.

1. Desenvolvimento histórico do sistema alemão de saúde

O Código dos Seguros Sociais emitido em 1883 considera-se geralmente o ponto de partida do sistema do Seguro Social Estatutário de Doença na Alemanha e, por último, também do sistema de saúde alemão. Na verdade, o então Chanceler Otto von Bismarck não começou do zero: o seu mérito foi essencialmente ter criado um quadro uniforme para todos os regimes de proteção social pré-existentes que em parte remontavam até à Idade Média [1: 4f]. O que se conhece hoje como o sistema de seguro social alemão surgiu de uma série de mudanças legislativas incrementais que estabeleceram uma rede de fundos seguradores da saúde parcialmente obrigatórios para grupos de trabalhadores em distintos sectores [2: 1560f]. É assim que naquela época existiram mais de 36.000 fundos de seguro de saúde pelo país os quais, no início, só cobriram uma parte menor da população do país centro-europeu.

Vale a pena destacar que o seguro social de saúde é parte de um amplo sistema de proteção social, garantida principalmente através de cinco ramos de seguros sociais que partilham características e princípios básicos: além do seguro-doença existem o seguro de aposentadoria, o seguro de desemprego, o seguro de acidentes de trabalho (financiado exclusivamente pelos empregadores) e o seguro para cuidados de longa duração. A assistência social, outro eixo da proteção social alemã que assegura um rendimento mínimo, foi regida por princípios distintos daqueles do seguro social, mas recentemente fundida com o seguro de desemprego.

Tiveram de passar várias décadas até que o sistema alemão de seguro social estatutário (ou obrigatório) de doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) conseguisse alcançar o nível e a relevância que tem hoje [2: 1563]. Através duma expansão gradual, o sistema de seguros sociais de doença ampliou paulatinamente o número de beneficiários, o pacote de benefícios cobertos e a cobertura financeira dos cuidados de saúde, e só a partir de 1970 começaram a proteger a totalidade da população.¹ Desde o início da implementação do sistema bismarckiano até à realização da cobertura universal (UHC) segundo o conceito da Organização Mundial da Saúde [3: 14] passaram não menos de oitenta anos.

Alcançada a cobertura universal, a política de saúde na Alemanha começou a transformar-se fundamentalmente a partir da década de 70 do século passado. O largo período expansivo transformou-se rapidamente numa fase de contenção de custos manifestando-se em três grandes tendências, acompanhadas de um foco crescente no controlo de qualidade e seguro:

1. Crescente subordinação dos gastos de saúde à renda disponível dos seguros sociais de doença e priorização da estabilidade das taxas de contribuição;

2. Reforço cuidadoso dos compradores – seguros públicos de doença - em relação aos prestadores de serviços (acordos contratuais inovadores, competição entre fundos de seguro obrigatório de saúde);

3. Tendência geral para a privatização dos custos dos cuidados de saúde (exclusão de serviços, copagamentos).

2. Antecedentes do planeamento de saúde

Do ponto de vista do planeamento em saúde vale a pena destacar que o desenvolvimento incremental acontecia surpreendentemente com independência de todas as dinâmicas políticas que existiram durante as décadas transcorridas entre 1883 e 1970. O sistema de seguro social de doença alemão caracteriza-se por uma impressionante continuidade e alta estabilidade da estrutura sob diferentes governos, desde o Império Alemão, passando pela primeira democracia da República de Weimar e pelo regime fascista do nacional-socialismo, a fundação da República Federal de Alemanha até à incorporação da República Federal Alemã com 17 milhões de usuários adicionais [4: 11; 2: 1576].

Neste contexto vale a pena destacar dois factos importantes para o desenvolvimento do sistema de saúde alemão e dos mecanismos de planeamento existentes na atualidade. O primeiro factor relevante foi que a profissão médica conseguiu maior independência política e autonomia profissional como recompensa especial pelo seu forte apoio ao regime nazi; a situação privilegiada deste grupo profissional e das suas organizações mantem-se até hoje. Em segundo lugar temos que destacar a expansão coroada de êxito em todas as três dimensões da cobertura de saúde universal, a saber: cobertura da totalidade da população, amplo pacote de benefícios e quase completa proteção financeira. Até hoje o cidadão pode escolher livremente os médicos e os hospitais onde quer procurar tratamento. A universalização da cobertura em saúde complementou-se com grandes investimentos na infraestrutura sanitária a partir de 1970. Na atualidade, a Alemanha ocupa o terceiro lugar no *ranking* mundial de gastos públicos em saúde.

Contudo, só desde 1992 existe a obrigação geral de ter seguro de saúde na Alemanha para todos cidadãos e residentes. Anteriormente esta obrigatoriedade limitava-se aos cidadãos que dispunham de um salário até um determinado nível; pessoas de maior rendimento com vencimentos acima do nível definido por lei podiam afiliar-se voluntariamente a um seguro público, contratar um seguro privado (saindo assim do sistema público), ou ficar sem seguro de saúde. Aqueles que têm um rendimento acima do limite estipulado pelo governo podem ainda hoje optar por um plano de saúde privado.² O mesmo é válido para trabalhadores independentes e funcionários públicos. Neste caso,

o leque de coberturas e os custos mensais com o plano podem variar bastante.

Apesar da coexistência com um subsistema privado, o sector público cobre quase 90% da população residente no país e é portanto de longe o mais importante sector, não só dentro do sistema de financiamento de saúde mas também na política sanitária alemã. São as seguradoras públicas que participam no autogoverno conjunto de compradores e provedores e formam parte do planeamento estratégico e político do sistema. Como o sistema público é muito mais importante não só no que diz respeito à cobertura populacional e à produção de serviços de saúde mas também como entidade de planeamento, condução e controlo do sistema de saúde alemão, o presente artigo concentra-se neste subsector. Pois os seguros privados, por seu lado, navegam no canal preparado pelo sistema público, com exceção do respeito pela determinação das tarefas de contribuição segundo as expectativas de lucro da indústria seguradora privada.

Contudo, na provisão de serviços médicos existe uma mistura de facilidades públicas, privadas, sem (p. ex. hospitais pertencentes a ordens religiosas ou a ONG caridosas) e com fins lucrativos, na área da assistência hospitalar e um forte domínio de consultórios médicos privados no âmbito dos cuidados ambulatoriais, complementados por um pequeno sector de saúde pública provido pelos departamentos de saúde estatais a cargo dos municípios. Enquanto todos os prestadores de serviços de saúde participam ativamente nos processos de planeamento em saúde, por parte dos compradores são exclusivamente as seguradoras públicas que formam parte dos respetivos processos. Por isso, todas as considerações a respeito do planeamento em saúde alemão podem limitar-se ao sector comprador público representado pelos seguros sociais de doença.

O sistema de proteção social de saúde na Alemanha está baseado no princípio da cobertura obrigatória fundamentada na contribuição para o seguro social de doença, isto é: cada um paga um valor correspondente ao seu poder de compra e tem acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades. Portanto, o sistema segurador público de saúde na Alemanha operacionaliza o princípio de solidariedade – pelo menos para os grupos com rendimentos inferiores ou médios. Enquanto este princípio só se aplica para salários até ao limite superior de avaliação da contribuição,³ todo o rendimento acima de 4.350 € mensais (equivalente a 52.200 € anuais, dados para o ano 2017), e além disso todo o rendimento que não seja laboral, está isento da contribuição para o seguro social de doença. Por isso, a classe socioeconómica superior não participa no financiamento do sistema segurador de doenças de acordo com a sua capacidade de pagamento porque ou pode sair do sistema público ou só contribui com uma parte menor que é os 14,6% obrigatórios.

Outra das características básicas do sistema é a pluralidade

de organizações responsáveis pela proteção social de saúde. O Seguro Social Obrigatório de Doença é composto por distintos tipos de Caixas de Seguro Social de Doença historicamente organizados por ramo de produção, empresa, profissão ou região e classificados em oito tipos. Em 2017, existem na Alemanha 117 Caixas; entre estas, 11 são locais (*Allgemeine Ortskrankenkassen-AOK*), 93 de empresas (*Betriebskrankenkassen-BKK*), 6 de corporações de artes e ofícios (*Innungskrankenkassen-IKK*), 6 substitutas para empregados ou operários (*Ersatzkassen*), 1 caixa rural, de silvicultura e de horticultura (*Krankenkasse für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau*) mais 1 caixa conjunta dos mineiros (ex *Bundesknappschaft*), de marinheiros (ex *Seekasse*) e do caminho de ferro (ex *Bahn*) (*Knappschaft-Bahn-See*) [5: 1]. Embora o número de caixas do seguro social de doença esteja a diminuir de modo intenso nos últimos anos,⁴ em consequência da intensificação do processo de concentração, que foi potenciado pela introdução dos mecanismos de competição, a pluralidade do sistema continua a ser uma das suas características.

O sistema é composto por diferentes seguradoras públicas, todas obrigadas a assegurar todos os requerentes que desejem afiliar-se. Cada um dos planos públicos de saúde tem que cobrir o catálogo obrigatório de serviços determinado pelos centros decisores do sistema de autogoverno conjunto, mas tem o direito a acrescentar o pacote de benefícios com base numa decisão autónoma do conselho de administração da respetiva caixa de doença. No princípio, também existe paridade no financiamento dos seguros sociais de doença porque empregador e empregado partilham as contribuições dos planos em partes iguais.⁵ O financiamento paritário reflete-se numa participação direta e igualitária de empregadores e funcionários no autogoverno das caixas do seguro social de doença. Os seus conselhos de administração são responsáveis pelas principais funções como a eleição e supervisão da direção, tomada de decisão sobre o orçamento e a fusão com outros seguros, e concessão de benefícios adicionais (além do pacote obrigatório). Os membros dos conselhos de administração são escolhidos através de eleições sociais por parte dos empregadores e sindicatos em representação dos parceiros contribuintes. Portanto, o controlo obedece ao princípio de autogoverno sob supervisão legal do Governo, ou seja: a tomada de

1 - Excepto os grupos de pessoas isentas da obrigação e autorizadas a contratar um seguro privado de saúde (veja em baixo).

2 - Vale a pena destacar que a Alemanha, junto com o Chile, é o único país membro da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com sistema bismarckiano de saúde que permite às pessoas dos estratos socioeconómicos mais altos saírem do sistema público e comprarem uma apólice privada de seguro de saúde. Atualmente, um em cada dez cidadãos na Alemanha têm um seguro privado de saúde enquanto que 89% estão cobertos por um seguro público.

3 - No ano 2017, o limite superior da avaliação da contribuição ao seguro social de doença está fixada em 52.200 € de salário anual equivalente a 4.350 € mensais.

4 - Enquanto em 1970 havia ainda 1.815 seguros sociais de saúde, em 1990 o número já tinha reduzido para 1.147 e até 2000 a 420 [4: 72]; hoje existem apenas 117 caixas públicas de doença [5: 1].

decisão no interior das seguradoras públicas é responsabilidade dos seus conselhos de administração, compostos de forma paritária por representantes de empregadores e trabalhadores.

3. Princípios básicos do planeamento em saúde

A Alemanha é uma república parlamentar federal composta por 16 Estados constituintes (os *Länder*, incluindo três cidades-estado e 13 estados não-cidades) com clara separação dos poderes estabelecida na Constituição: Os *Länder* têm responsabilidade exclusiva para duas funções fundamentais do Estado: segurança interna e educação. Além disso, os Estados federativos participam ativamente no planeamento doutras áreas políticas através da legislação concomitante. E no sector da saúde, o planeamento e financiamento de investimentos da infraestrutura hospitalar é competência dos *Länder*, assim como a supervisão das organizações provedoras e financiadoras a nível regional. Os municípios, por seu lado, organizam o serviço público de saúde que presta benefícios sanitários de prevenção e controlo de doenças a nível populacional.

As responsabilidades de planeamento e regulação no sistema de saúde alemão não estão só sujeitas à descentralização e separação de poderes entre o Governo federal, os *Länder* e os municípios mas também ao

princípio de subsidiariedade. Este conceito, derivado da doutrina social da Igreja Católica, que é também fundamental no funcionamento da União Europeia, significa que as tarefas e decisões políticas devem ser delegadas ao nível mais imediato ou local que seja capaz de realizá-las de forma efetiva. No sector da saúde, isto implica a delegação de competências de orientação e direção a níveis descentralizados e especializados. Assim, o papel do Governo é principalmente de suporte para as instituições executoras do sistema saúde, que em vez de operar de forma subordinada desempenham o papel principal de planeamento, decisão e direção da política de saúde [6: 17f].

É uma particularidade específica do sistema de saúde da Alemanha que o planeamento e a condução operacional não sejam de responsabilidade do Governo mas de diversas organizações públicas não-governamentais de direito público. Enquanto o marco geral está regulado por leis federais especializadas (e parcialmente pela legislação dos *Länder*),⁶ o papel do Governo restringe-se ultimamente à regulamentação geral, ao controlo e à supervisão do sistema. Todas as tarefas e responsabilidades de organização, concretização de detalhes, implementação e direção operacionais estão terceirizados a corporações públicas não-governamentais com autonomia organizacional e financeira que atuam em nome do Estado. A atuação dos Seguros Sociais de Saúde – geralmente denominadas Caixas de Doença - e o cumprimento das responsabilidades legalmente atribuídas é vigiada pelo Estado através de órgãos dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Ordem Social e pelo Departamento Federal de Seguros (*Bundesversicherungsamt*).

O sector da saúde alemão é o arquétipo de um sistema corporativista descentralizado onde o Estado delega poderes e competências de decisão a organizações ou corporações legalmente mandatadas, públicas, mas não governamentais, e autogovernadas dos grupos funcionais mais relevantes de um sistema de saúde além da mera regulação ou gestão (*stewardship*), isto é compradores (*purchasers*) e prestadores (*providers*) [7: 3]. No sistema alemão de saúde, a primeira categoria está representado pelas caixas do seguro social de doença, e a segunda abarca as corporações legais dos distintos grupos de prestadores que fornecem serviços de saúde à população assegurada, a saber os Conselhos Médicos Gerais, as Associações de Médicos (Dentistas / Psicoterapeutas) do Seguro Social de Doença (ou Associações de Médicos Credenciados das Caixas) e as Federações Hospitalares. O próximo capítulo apresenta brevemente os órgãos corporativistas que desempenham um papel importante no sistema de saúde alemão.

Fig. 1: Geografia da Alemanha



4. As corporações autônomas de direito público⁷

A corporação de compradores ou financiadores compõem-se do conjunto dos seguros sociais estatutários de doença. Em dezembro 2016 existiam 117 caixas sociais a nível nacional e regional que concediam proteção social de saúde a quase 72 milhões de residentes na Alemanha [5: 78, 83].⁸ As suas tarefas principais são:

1. Cobrança das contribuições obrigatórias dos segurados e a sua transferência para o Fundo Nacional de Saúde que junta os recursos para a saúde provenientes de distintas fontes (contribuições, impostos gerais, subsídios);
2. Receção e gestão dos reembolsos transferidos do Fundo Nacional de Saúde a cada seguro de acordo com o perfil de risco dos beneficiários;
3. Remuneração dos prestadores de serviços de saúde (em espécie) mais pagamento em caso de doença e gravidez (em dinheiro).

Além dessas competências técnico-financeiras fundamentais para o funcionamento do sistema da saúde, as caixas de seguro social de doença, através das suas federações regionais e nacionais, participam nas negociações coletivas com os órgãos corporativistas dos provedores, representando os interesses dos seus beneficiários, ou seja os segurados do sector público. A sua contraparte nas negociações coletivas são as organizações legais dos distintos prestadores de saúde organizados de acordo com o nível de cuidados médicos. O grupo profissional dos médicos está organizado em 17 associações regionais (1 por Land, 2 para a Renânia do Norte-Westphalia) denominados Conselhos Médicos (*Ärztekammern*). A filiação é obrigatória para todos os médicos ativos exercendo a sua profissão. Os conselhos regulam e resolvem todas as questões profissionais e vocacionais incluindo a garantia da qualidade, a qualificação profissional e a especialização médica de pós-graduação.

Além disso, existem 17 Associações de Médicos (Dentistas) Credenciados das Caixas (*Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen*) e 17 Associações de Psicoterapeutas com filiação obrigatória para todos os prestadores de serviços médicos ambulatórios, ou seja para todos os médicos, dentistas e psicoterapeutas com consultório próprio que atendem pacientes cobertos por uma das caixas públicas. As associações têm o mandato contratual para salvaguardar os cuidados de ambulatório em todo o país. Também são responsáveis pela canalização do pagamento dos prestadores em ambulatório e das transferências da remuneração para os seus membros com base no acordo coletivo entre as caixas do seguro social de doença e as associações que regulam a atenção coletiva e o pagamento total numa região.

Pela sua parte, a filiação às 16 Associações Hospitalares (*Krankenhausgesellschaften*) – uma por cada estado federal - é voluntária para os prestadores de serviços de internamento médico legalmente admitidos nos planos hospitalares

dos *Länder*. As associações representam os prestadores hospitalares nas negociações com as caixas de doença referentes a todos os assuntos relacionados com o internamento. Os resultados das negociações coletivas sobre a provisão e remuneração de acordo com um sistema de pagamento associado a diagnóstico, são obrigatórios para ambos parceiros. Quanto ao pagamento dos serviços prestados, está a cargo das caixas de doença, os *Länder* estão diretamente incumbidos do planeamento hospitalar e dos custos de investimento e manutenção das instalações hospitalares.

5. Governo conjunto

O princípio de autogoverno foi incorporado no sistema de seguros sociais estatutários de doença alemão desde a sua criação em 1883 [2: 1575]. Dentro do marco estipulado pela legislação geral e específica na área da prestação e proteção social de saúde, toda operacionalização e concretização estão a cargo do sistema de autogoverno conjunto ou administração autónoma. Deste modo, o planeamento está sujeito às negociações coletivas entre as representações corporativistas dos compradores e dos prestadores de cuidados de saúde, ou seja entre as organizações das caixas do seguro social de doença e os órgãos hospitalares, dos cuidados de ambulatório e conselhos médicos que negociam e celebram contratos sobre cuidados médicos e remuneração dos prestadores [8: 2269f].

Pelo seu funcionamento, o sistema de autogoverno do sector da saúde abarca uma série de comités conjuntos com representação paritária em ambos os grupos, ou seja com número igual de representantes de compradores e de fornecedores. Vale a pena mencionar os seguintes órgãos:

- Comissão Conjunta Federal (*gemeinsamer Bundesausschuss-gBA*): Órgão máximo do sistema autogovernado de saúde na Alemanha (veja abaixo).
- Comissão de Avaliação Médicos (*Bewertungsausschuss Ärzte*): Grémio composto por três a três representantes da Associação Federal dos Médicos das Caixas e da Federação Máxima das Caixas Sociais que acorda de forma obrigatória para ambos parceiros regulamentos gerais e o volume da remuneração da atenção ambulatória.

5 - Na verdade, o princípio de paridade está atualmente limitado pelo facto que os seguros podem cobrar uma contribuição adicional no caso dos rendimentos com base nas contribuições oficiais não serem suficientes para cobrir os gastos ao longo do ano. Esta contribuição suplementar, que em 2016 estava numa média de 1,1% dos salários, fica exclusivamente por conta dos empregados e trabalhadores, ou seja: os patrões estão completamente isentos de participar nessa quota adicional e com isso dos aumentos dos gastos da atenção médica.

6 - As definições e regulamentações básicas estão definidas pelo Código Social (*Sozialgesetzbuch – SGB*) que é um corpo de lei federal do qual os Códigos 5 (SGB-V) sobre o Seguro Social de Doença, o Código 9 (SGB-IX) sobre Reabilitação e Participação de Pessoas com Deficiências, e o Código 11 (SGB-XI) sobre o Seguro Obrigatório de Cuidados de Longo Prazo têm particular relevância para a saúde

7 - Para mais detalhes veja Busse & Blümel 2014: 17ff.

8 - 34.421.237 homens e 37.529.521 mulheres; 38.982.197 membros contribuintes mais 16.146.348 (BMG 2016: 80f)

- Instituto para o Sistema de Remuneração Hospitalar (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus-InEK*): Sociedade anónima de responsabilidade limitada sem fins lucrativos que presta apoio às caixas e aos hospitais para estabelecer os Grupos Relacionados com Diagnósticos (*Diagnosis Related Groups - DRG*), implementar um sistema de codificação e calcular as ponderações, adjudicações e redução de pagamentos.

Além disso existem vários comités de arbitragem a nível federal e estadual, compostos de forma paritária por delegados nomeados pelos parceiros e por membros imparciais que entram em ação quando os órgãos corporativistas não conseguem chegar a acordo.

Desde 2008, o órgão não governamental máximo e mais influente do sistema de saúde alemão é a Comissão Conjunta Federal – gBA de acordo a sua abreviatura em alemão. É o grémio resolutivo mais importante do sistema e tem a competência para concretizar todas as tarefas delegadas ao nível corporativista [9]. Através das suas diretrizes o gBA determina diretamente o catálogo de serviços das caixas de seguro social de doença para mais de 70 milhões de beneficiários (e desta maneira também, indiretamente, o pacote coberto pelas seguradoras privadas), e do mesmo modo quais os serviços médicos reembolsados pelos seguros públicos. Além disso, a Comissão Conjunta Federal acorda medidas de garantia de qualidade para os cuidados de saúde em regime ambulatorio e hospitalar; também desenvolve e promove novas formas de cuidados e serviços de saúde e os correspondentes projetos de investigação através do seu Comité de Inovação [10].

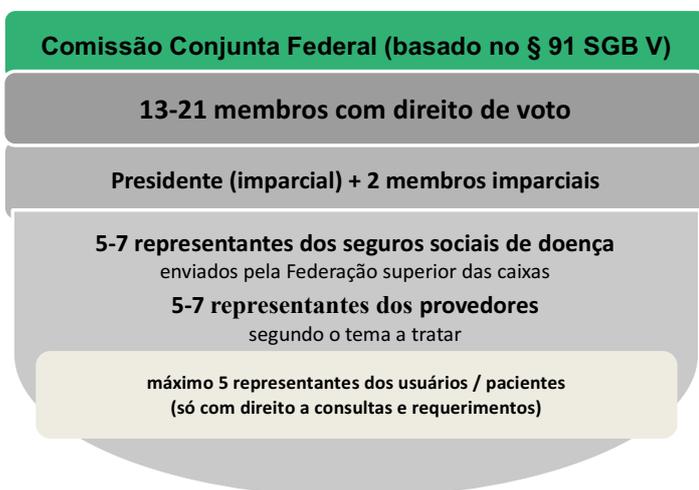
Os grémios da Comissão Conjunta Federal são compostos por um número ímpar de membros com direito a voto, com paridade de representantes da Associação Federal de Seguros de Doença e dos órgãos corporativistas de prestadores (Associações de Médicos, Dentistas e Psicoterapeutas Credenciados das Caixas, Associações Hospitalares),

respetivamente, mais três membros neutros. Estão mandatados e são responsáveis por decidir sobre o pacote de benefícios e a qualidade dos cuidados. A eles juntam-se até cinco representantes de organizações de utilizadores ou pacientes sem direito a voto, mas com participação ativa porque têm o direito de opinar, fazer consultas e solicitar pesquisas adicionais.

A base jurídica para o trabalho do gBA é o Livro Cinco do Código Social Alemão (SGB V) que especifica os mandatos e responsabilidades da comissão, a nomeação dos seus membros, a participação dos utilizadores, a inclusão de terceiros, bem como o marco geral das estruturas e procedimentos da comissão. Nos seus estatutos e regras de procedimento aprovados pelo Ministério Federal da Saúde, o gBA definem-se os detalhes dos regulamentos estatutários [11]. Quanto às decisões sobre benefícios cobertos pelo sistema de seguros sociais estatutários de doença, é o gBA quem interpreta e concretiza os requisitos legais estabelecidos no Código Social que exige que os serviços prestados e remunerados sejam “suficientes, adequados e eficientes” (§12 SGB V).

A comissão estipula as regras comuns para todos os níveis de cuidados médicos, orientações para a garantia da qualidade e especificações processuais para o planeamento e, sobre tudo, a decisão sobre o pacote de benefícios que todas as caixas de seguro social de doença têm de cobrir. Todo o procedimento diagnóstico e terapêutico inovador tem que ser aprovado pela Comissão Conjunta Federal partindo do princípio que tem que provar necessidade médica, pertinência e eficiência. As decisões do gBA apoiam-se nas análises e pesquisas sistemáticas realizadas por instituições públicas, principalmente o Instituto de Qualidade e Eficiência no Sector da Saúde (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen-IQWiG*), o Instituto de Promoção e Pesquisa da Qualidade Aplicadas no Sistema da Saúde (*Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen-AQUA*) e o Instituto de Controlo da Qualidade e Transparência no Sistema da Saúde (*Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTIG*). Como instituição científica profissionalmente independente, com capacidade jurídica e científica, o IQWiG investiga os benefícios e prejuízos de intervenções médicas. Mediante relatórios científicos e informações em saúde, o instituto difunde, de forma facilmente compreensível, conhecimentos sobre as vantagens e desvantagens dos métodos diagnósticos e terapêuticos.⁹ O Instituto AQUA é uma consultoria e empresa de pesquisa profissional independente que se dedica a elaborar conceitos de saúde, estratégias aplicadas à promoção e garantia de qualidade, investigação científica de

Fig. 2



qualidade e a implementação de projetos complexos. Finalmente o Instituto de Controlo da Qualidade e Transparência no Sistema da Saúde estabeleceu-se em 2015 como instituição científica independente; apoia em primeiro lugar o gBA, mas também o Ministério Federal da Saúde com a sua experiência numa série de tarefas de garantia da qualidade dos cuidados médicos e participa na implementação de procedimentos de controlo externo de qualidade [9].

Apesar de estar sujeita à supervisão estatutária do Ministério Federal da Saúde, a gBA é finalmente o comité mais alto do sistema corporativista de saúde da Alemanha e responsável pelas decisões básicas e gerais relativas à direção e governança do sector da saúde. É certo que as diretrizes e regras de execução aprovadas pelo gBA são auditadas pelo Ministério Federal da Saúde, conforme aos requisitos estabelecidos no Código Social, mas se não houver objeções, as resoluções do gBA entram imediatamente em vigor através da publicação no *Gazette Legal Federal*. O Governo não pode intervir a não ser que as duas partes não consigam um acordo ou as decisões sejam incompatíveis com a legislação vigente.

6. Avaliação do corporativismo

Como se mostrou nas secções anteriores, uma grande parte do planeamento do sistema da saúde acontece no sistema de autogoverno e é responsabilidade dos atores corporativistas. Deixar o Estado fora da gestão diária resulta em maior flexibilidade, melhor compreensão das necessidades locais e menos burocracia. Isso significa que o rol do nível central e do governo é evidentemente menor em comparação com os sistemas estatais e financiados através de impostos. A seguinte tabela resume os fundamentos lógicos e compara-os com os resultados práticos reais.

Tabela 1:

Fundamentos lógicos	Efeitos observáveis
Alívio do Governo e do Estado de tarefas e deveres	Poder das associações para defender interesses próprios, rejeição e refutação de inovações
Utilização de recursos da sociedade civil pelo Estado (p. ex. perícia)	Potencial ineficiência de soluções e decisões tomadas pelos órgãos corporativistas
Integração de grupos sociais e da sociedade civil	Decisões em detrimento de terceiros (ausentes)
Aquisição de legitimidade	Falta de legitimização democrática

Indubitavelmente, uma das vantagens do corporativismo mostra-se principalmente no aumento da governabilidade. Sem informações de negócios e da sociedade, um Estado só pode reagir de forma limitada à evolução social e depende, portanto, das informações de grupos de interesse que aliviam os ministérios e outras autoridades públicas, uma vez que os grupos de interesse disponibilizam os seus conhecimentos e perícia. Além disso os órgãos corporativistas atuam como instâncias de controlo orientadas pelo bem comum e pode observar-se uma tendência para a institucionalização como consequência da delegação de responsabilidades. Em resultado disso, o corporativismo prova um mecanismo que traz os delegados mandados originalmente como representantes de determinados interesses a preocupar-se mais com o sucesso das negociações com os “adversários” que da representação da sua base.

Uma desvantagem significativa deriva do risco de “captura” das autoridades do Estado, bem como o processo de “deparlamentarização” num processo que muda o planeamento para o executivo e parece ignorar o parlamento com o objetivo de intervir na legislação já de forma antecipada nos projetos de lei. Portanto, há o perigo real de só vir para cumprir o interesse público particular a favor de associações federais organizadas. É certo que economistas neoliberais consideram o corporativismo como ineficiente quando surgem cartéis protegidos pelo Estado porque induzem perdas de bem-estar e providência. Mas, de facto, o corporativismo não dificulta a introdução passo a passo de elementos de privatização de tal forma que entretanto seria mais certo descrever o sistema da saúde alemão como uma mistura de governação direta e mecanismos movidos pela lógica do mercado.

Em resumo pode dizer-se que o corporativismo no sistema de saúde alemão se caracteriza por uma série de pontos fortes, sobretudo as experiências de longa data de direção eficaz e coroada de êxito, o alto nível de participação e comprometimento dos parceiros corporativistas e também de independência do sector de saúde no seu conjunto devido à limitada influência imediata do Governo. Por outro lado, com as vantagens confrontam-se vários pontos fracos como a criação de viés institucionais e estimulação de interesses particulares, o aumento dos problemas de legitimidade dentro dos parceiros corporativistas e na opinião pública, a manutenção da hegemonia da medicina sobre todas as outras profissões da saúde e a pouca flexibilidade das políticas públicas. Com base nesta

9 - O IQWIG foi fundado em 2004 é comparável a outras instituições de avaliação da tecnologia da saúde como a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* nos Estados Unidos da América, a *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)* no Canadá, o *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* na Grã-Bretanha, a *Haute Autorité de Santé (HAS)* em França e o *Swedish Council for Health Technology Assessment (SBU)* na Suécia [12: 246].

análise podem detetar-se e analisar os problemas e desafios prioritários que o sistema de saúde alemão está a enfrentar atualmente.

7. Desafios atuais: exemplo dos Cuidados Primários de Saúde

Durante os últimos anos, a política de saúde na Alemanha tem-se confrontado com crescentes problemas na sua obrigação de salvaguardar o direito constitucional de acesso universal a cuidados médicos de qualidade para todos os residentes no país. Como em tantos outros países do mundo, a progressiva diminuição da força de trabalho médica nas áreas rurais ameaça a cobertura universal fora dos grandes centros urbanos. Embora o diagnóstico seja claro e as medidas necessárias para desacelerar o êxodo profissional do campo sejam amplamente conhecidos, introduzir as mudanças e dar os passos políticos necessários não é um desafio pequeno no sistema corporativista. Existe abundante evidência internacional que os cuidados de saúde primários (CSP) podem contribuir para reduzir os efeitos indesejáveis da transição social e demográfica, incluindo o êxodo rural, e que os sistemas de saúde estatais ou governamentais são mais eficazes na promoção dos CSP [13: 460ff].

Contudo, a imposição de uma política sensata e baseada em evidência origina desafios a vários níveis para o sistema político descentralizado alemão. Primeiro, a formação pré-graduada (universitária) dos médicos está sob responsabilidade dos *Länder* encarregados do sistema de educação. As prioridades regionais e institucionais das universidades dirigem-se crescentemente à visibilidade, excelência e reputação científicas, mas não aos CSP e à medicina rural. A estrutura descentralizada do sistema político alemão malogra os esforços e opções do Gover-

no central para impor prioridades nacionais na educação profissional em saúde.

Além da organização descentralizada do Estado, existem outros obstáculos para uma promoção decidida da atenção médico-rural que resultam diretamente do corporativismo. Por um lado são as Associações Regionais de Médicos Credenciadas das Caixas que têm o mandato de garantir o acesso aos cuidados ambulatoriais, incluindo os CSP, na respetiva região e, por último, em todo o país. Por outro lado, os Conselhos Médicos regionais são os órgãos responsáveis pela educação e formação pós-graduada dos médicos, incluindo os médicos de CSP. Estas duas condições restringem as possibilidades do Governo influenciar diretamente a priorização quantitativa e qualitativa da formação profissional e a distribuição geográfica de consultórios médicos.

Desafios adicionais derivam de dois problemas fundamentais do sistema da saúde alemão: em primeiro lugar vale a pena mencionar a relação hierárquica das profissões da saúde que se reflete na distribuição dos poderes no sistema corporativista. Os médicos ocupam indiscutivelmente a liderança dentro do sistema da saúde, não só porque todos os outros profissionais só podem prestar serviços indicados por um médico, mas também porque somente a profissão médica tem representação própria nos órgãos do autogoverno corporativista. Enquanto os outros grupos profissionais da saúde não alcançarem maior peso dentro do sistema de autogoverno da saúde, a sua inclusão nas soluções e reformas necessárias ficarão muito difíceis de atingir. Ao mesmo tempo, a crescente comercialização do sector da saúde através de reformas orientadas para o mercado reduz ainda mais as opções para reforçar os cuidados de saúde primários e a adaptação das políticas corporativistas às exigências reais do planeamento em saúde.

Bibliografia

1. Obermann K, Müller P, Müller HH, Schmidt B, Glazinski B (eds.). *Understanding the German Health Care System*. Mannheim Institute of Public Health, Universidade de Heidelberg, Alemanha 2013 (http://miph.umm.uni-heidelberg.de/miph/cms/upload/pdf/GHCS_Kap_1.pdf).
2. Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine* 2002 54 (10): 1559–1587
3. OMS. Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. *Organização Mundial da Saúde, Ginebra, Suíça* 2010 (http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf).
4. Giovanella L. *Entre a solidariedade e a subsidiaridade* [Tese de doutoramento]. Fio-cruz, Rio de Janeiro, Brasil 1998 (<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/EntreSolidariedade.pdf>).
5. BMG. *Gesetzliche Krankenversicherung, Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswerte Januar-Dezember 2016 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1)*, Stand: 29. Dezember 2016. Bundesministerium für Gesundheit (Ministério Federal da Saúde), Berlin 2016 (http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/161230_KM1_Januar_bis_Dezember_2016.pdf).
6. Busse R, Blümel M. Germany. *Health System Review*. Health Systems in Transition 2014 16 (2): 1-296 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf).
7. Kutzin J. *Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers*. Health Financing Policy Paper 2008/1. WHO EURO, Copenhagen, Dinamarca 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf).

8. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad Saúde Pública* 2014 30 (11): 1-19 (http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/pt_0102-311X-csp-30-11-2263.pdf).
9. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet* 2017 (online first). DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31280-1 ([http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31280-1.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31280-1.pdf))
10. gBA1. The Federal Joint Committee: Who we are and what we do. *Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, Germany* 2017 (<http://www.english.g-ba.de/structure>).
11. gBA2. Legal mandate, procedures. *Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, Alemanha* 2017 (<http://www.english.g-ba.de/legalmandate>).
12. Drummond M, Schwartz S, Jönsson B, Luce B, Neumann, Siebert U, Sullivan S. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assessm Health Care* 2008 24 (3): 244–258. DOI: 10.1017/S0266462308080343 (https://www.researchgate.net/profile/Uwe_Siebert/publication/5251086_Response_from_the_authors_of_Key_principles_for_the_improved_conduct_of_health_technology_assessments_for_resource_allocation_decisions/links/00b7d52d026871a8b0000000.pdf).
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 2005 83 (3): 457-502 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x/epdf>; http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Starfield_Milbank.pdf).

Planeamento estratégico em saúde num contexto de descentralização: o caso do Canadá e das suas províncias com destaque para o Québec

Strategic health planning in a context of decentralization: the case of Canadá and its provinces with emphasis on Quebec

Raynald Pineault

PhD, Emeritus Professor, Université de Montréal (Canada)

Zulmira Hartz

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal.

Resumo

Esta breve comunicação dos estudos analisados faz-se em três partes. Primeiro, uma apresentação do contexto canadiano. Em seguida, uma análise sobre o planeamento estratégico em saúde a nível federal e, depois, ao nível das províncias, salientando as vantagens e as desvantagens da descentralização na Província do Québec. Com base nestas experiências, concluímos com a apresentação de um quadro conceitual que serve para avaliar as experiências canadianas no planeamento em saúde do nível federal e provincial, exemplificado pelo Québec.

Palavras Chave:

Planeamento estratégico de saúde, contexto canadiano, evidência para o planeamento de saúde e descentralização.

Abstract

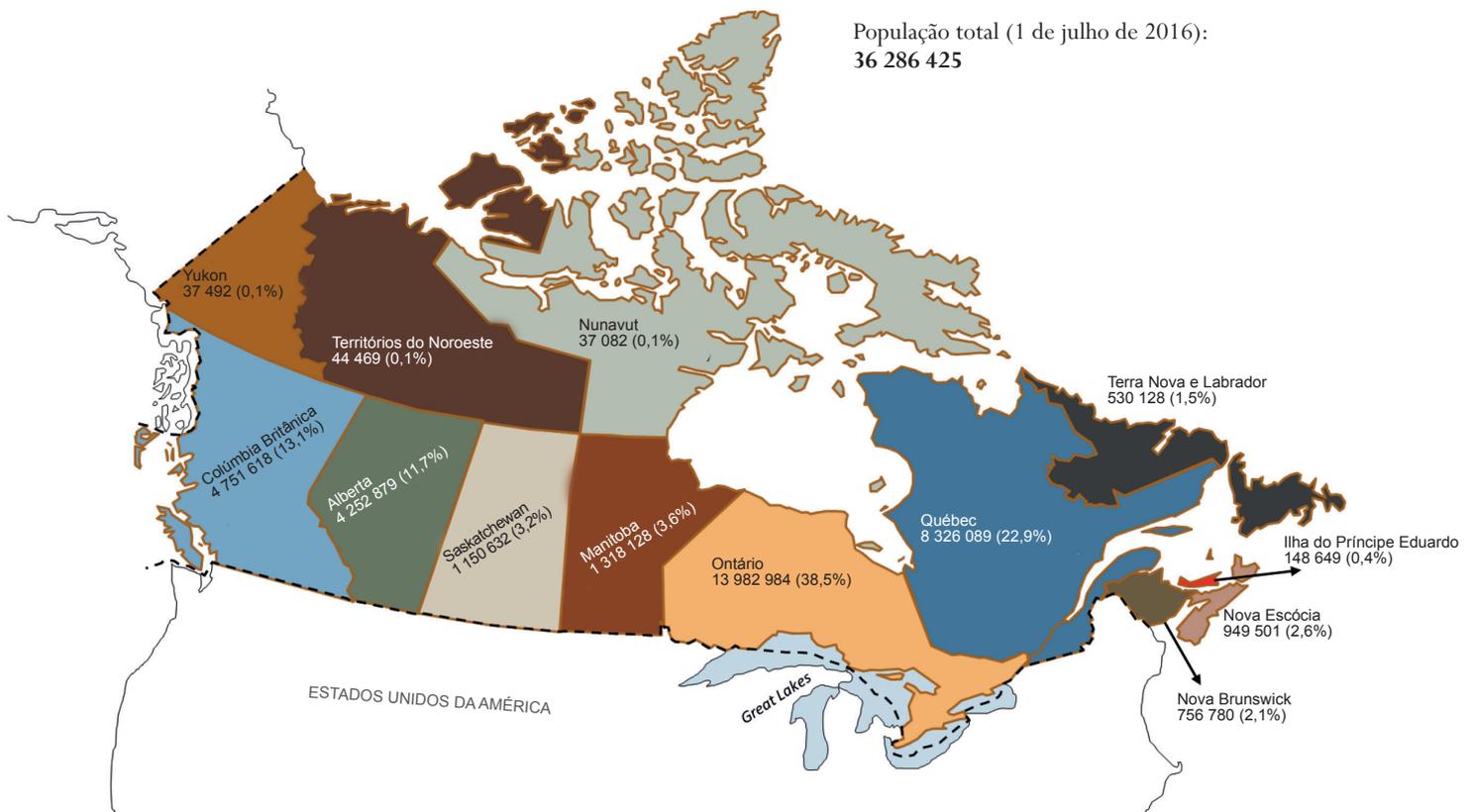
This brief communication of the studies analyzed is done in three parts. First, a presentation of the Canadian context. Next, an analysis of strategic health planning at the federal level and then at the provincial level, highlighting the advantages and disadvantages of decentralization in the Province of Quebec. Based on these experiences, we conclude with the presentation of a conceptual framework to evaluate Canadian experiences in health planning at the federal and provincial levels, exemplified by Québec.

Key Words:

Strategic health planning, Canadian context, evidence for health planning and decentralization.

O contexto canadiano

População total (1 de julho de 2016):
36 286 425



Em termos populacionais, o Canadá tem um número de habitantes relativamente pequeno para a sua dimensão. Dos 36 milhões de canadianos, 80% vivem na fronteira sul com os Estados Unidos, a maior fronteira terrestre do mundo entre dois países. Apesar da sua proximidade com os Estados Unidos, o sistema de cuidados de saúde canadiano difere deste último ao ser predominantemente público. Em 2015, as despesas de saúde pública representaram 70% do total das despesas de saúde no Canadá e apenas 50% nos Estados Unidos. No total, as despesas de saúde constituíram 16,5% do PIB nos EUA e 11% no Canadá.

Em termos territoriais, o Canadá é uma federação de 10 províncias e de 3 territórios localizados no norte. Nesta apresentação, quando utilizarmos o termo “província” ou “provincial” estaremos a incluir também os territórios. Há enormes variações entre as províncias, seja em termos de tamanho ou de população. Constitucionalmente, as províncias são responsáveis pelos cuidados de saúde, cabendo ao governo federal a responsabilidade pelos serviços prestados às Primeiras Nações (nações indígenas), forças armadas, reclusos das prisões federais e por alguns aspetos de proteção sanitária. As funções do governo federal nos cuidados de saúde abrangem também a definição e a administração dos princípios nacionais do

sistema, ao abrigo da Lei relativa à saúde do Canadá, aprovada em 1984. Estes princípios são a portabilidade (os residentes do Canadá estão cobertos em todo o país), a universalidade (todos os residentes são cobertos), a abrangência (são cobertos por todos os hospitais e serviços médicos segurados) e a administração pública. A Lei veio também introduzir disposições para evitar a sobrefaturação e as taxas de utilização nos serviços segurados.

Planeamento estratégico em saúde a nível federal

- A - Repartição de Custos com as Províncias**
- B - Comissões de Inquéritos e relatórios Políticos**
- C - Liderança na Promoção da Saúde**
- D - Informações e apoio especializado às Províncias**

O governo federal conseguiu instigar as províncias a respeitar estes 5 princípios e, através do financiamento e da prestação de informações e de apoio especializado, dar alguma coerência ao sistema de saúde canadiano.

A. Repartição de custos com as províncias

Historicamente falando, o governo federal começou por tomar a iniciativa de instituir seguros médicos e hospitalares universais ao propor às províncias a repartição dos custos dos dois programas. Até 1977, o governo federal contribuiu com 50% das despesas provinciais com serviços médicos e hospitalares seguros. Em 1977, a repartição de custos foi substituída por um fundo global constituído por uma mistura de pagamentos em dinheiro e da transferência de percentagens de impostos. Este novo esquema de financiamento significava que os próprios governos provinciais tinham flexibilidade na utilização dos fundos para os cuidados de saúde segundo as suas necessidades e prioridades, aumentando assim a probabilidade de se desviarem dos cinco princípios estabelecidos pela Lei relativa à saúde do Canadá. Nos últimos anos, e sobretudo devido ao aumento dos custos e à mudança de rumo das prioridades das políticas sanitárias federais responsáveis pela promoção da saúde, o contributo do governo federal diminuiu consideravelmente, representando agora cerca de 20% da despesa pública.

B. Comissões de inquérito e relatórios políticos

O segundo recurso utilizado pelo governo federal consistiu em disponibilizar documentos políticos, informações e conhecimento especializado. Em primeiro lugar, as comissões de inquérito foram amplamente utilizadas como mecanismos com vários fins, tais como assegurar a existência de uma base de informações que permitisse tomar decisões políticas e procurar o apoio do público para a legislação prevista.

A despeito de as províncias terem jurisdição sobre a saúde, o seu intuito de ter alguma forma de sistema harmonizado no Canadá e, sobretudo, a sua necessidade de obter fundos federais veio muitas vezes atribuir mais peso aos relatórios federais.

Os relatórios das comissões e os documentos políticos têm em comum o processo de recolha de informações a partir de diferentes fontes, tais como dados empíricos provenientes da investigação, a opinião dos peritos, fóruns de cidadãos e consultas à população, assim como de comissões parlamentares quando as alterações às políticas são introduzidas por legislação. Isto criou as condições para o planeamento estratégico com base em evidências, importante para promover a aceitação pelas províncias.

C. Liderança na promoção da saúde

Foi nas áreas da saúde pública e, mais particularmente, na da promoção da saúde, que o governo federal desempe-

nhou uma função mais importante. Em 1974, o *Relatório Lalonde* propôs um novo conceito de “Campo de saúde”, diferente do de cuidados médicos, com o argumento de que os cuidados de saúde eram apenas um, entre outros fatores, que talvez contribuíssem mais para a saúde da população. Estes são a biologia humana, o ambiente e o estilo de vida.

Este relatório fundamental é considerado o desencadeador do desenvolvimento da promoção da saúde, tendo assinalado uma mudança drástica na orientação do mesmo governo federal que tinha introduzido os cuidados médicos centrados nos hospitais e nos médicos mais de 25 anos antes. Alguns consideraram este relatório uma forma subtil e insidiosa de o governo federal preparar o abandono progressivo da repartição dos custos dos cuidados de saúde com as províncias.

As províncias foram recetivas à orientação dada pelo governo federal. Após a adoção da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, em 1986, vários países incluíram a promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde nas suas políticas sanitárias e deram ao setor público da saúde a responsabilidade pela sua aplicação.

D. Informações e apoio especializado às províncias

O governo federal dá também apoio ao planeamento em saúde dos governos provinciais através da disponibilização de dados coligidos a nível nacional que incluem todas as províncias. Em 1994, o Instituto Canadiano de Informações de Saúde (CIHI) foi criado por acordo entre os governos federais e provinciais para melhorar o que foi então qualificado de “estado deplorável das informações de saúde” no Canadá. Trabalhando em parceria com os ministérios federais e provinciais da saúde, o CIHI tornou-se a principal fonte de informações de elevada qualidade acerca da prestação de cuidados de saúde no Canadá, tornando possível a comparação entre províncias e com outros países.

Outra agência federal é a Agência de Saúde Pública do Canadá, cujo papel mais específico é partilhar conhecimentos especializados sobre saúde pública com outros países e fortalecer a colaboração entre os governos federais e provinciais para promover abordagens nacionais às políticas e ao planeamento da saúde pública.

Não há dúvida de que o governo federal desempenhou uma função importante na liderança do desenvolvimento dos cuidados de saúde no Canadá. O seu contributo cinge-se ao planeamento estratégico, pois não tem o direito constitucional de intervir diretamente na organização dos cuidados de saúde, sob jurisdição provincial.

Planeamento estratégico em saúde ao nível das províncias

A - Planos estratégicos provinciais

B - Planos regionais e regionalização

C - As vantagens e desvantagens das reformas do Québec:

- **A Grande Reforma da Descentralização de 1970**
- **A Reforma de 2004: o primeiro passo de retorno à centralização**
- **A Reforma Top-Down de 2015: de volta ao ponto de partida**

Voltemos agora para as províncias. O que é uniforme em todo o país é o programa de seguro de saúde conforme as cinco condições estabelecidas pela Lei relativa à saúde do Canadá de 1984, que garante a cobertura universal e abrangente dos serviços médicos e hospitalares incluídos no programa. A forma como essa prestação dos serviços decorre cabe às províncias, daí que a organização pode variar entre províncias. Por exemplo, tanto os serviços sociais como o apoio à habitação, aos cuidados na comunidade e aos lares são menos generosamente financiados em algumas províncias. A cobertura dos medicamentos também é variável de província para província.

A. Planos estratégicos provinciais para a saúde

Relativamente ao planeamento em saúde, os ministérios da saúde da maioria das províncias têm dois planos estratégicos: um para a prestação de cuidados de saúde e outro para a saúde pública e a promoção da saúde. Esta dualidade no planeamento estratégico é sintomática da separação que existe entre cuidados de saúde e saúde pública no sistema de saúde canadiano.

B. Planos regionais e regionalização

No Canadá, o planeamento em saúde está estreitamente relacionado com a descentralização. Em parte devido à dimensão do país e de algumas províncias, a descentralização e a regionalização utilizaram muitos instrumentos administrativos para planear, organizar e gerir a prestação de cuidados de saúde. A partir de meados da década de 1990, a maioria das províncias esforçou-se para controlar os custos e melhorar a prestação de cuidados através da descentralização da tomada de decisões em cuidados de saúde para o nível regional. No entanto, em anos mais recentes, algumas províncias – entre as quais o Québec – afastaram-se do modelo descentralizado da prestação de cuidados de saúde a favor da consolidação do número de autoridades de saúde e a centralização das estruturas de tomada de decisões.

As vantagens e as desvantagens das reformas no Québec

No resto desta comunicação, focar-nos-emos numa província, o Québec, apreciando as reformas que aí foram realizadas nas últimas décadas, pois elas ilustram um caso de descentralização que progressivamente voltou à centralização.

C1. A Grande Reforma de Descentralização de 1970

C1.1 *Os CLSC*

No início dos anos 1970, no seguimento da recomendação de uma comissão de inquérito provincial, foi estabelecida uma rede de quase 150 centros locais de serviços comunitários que abrangeram todo o território do Québec. A estas coube a responsabilidade de prestar serviços sociais e de saúde à população do seu território local. Estes centros, conhecidos pela sigla em francês CSLC, possuem uma direção que inclui membros eleitos da comunidade e gozam de razoável autonomia. É neste momento que a descentralização atinge o seu auge.

C1.2 *Regionalização*

Relativamente à regionalização, o Québec foi a primeira província a regionalizar os serviços sociais e de saúde ao criar, em 1971, conselhos regionais que, em 1992, se tornaram agências regionais com maior poder e responsabilidades. As 15 agências regionais tinham o seu próprio conselho de gestão, que incluía cidadãos eleitos, e cabia-lhes coordenar a prestação de serviços de saúde na sua região. Porém, a remuneração dos médicos permaneceu centralizada a nível provincial, pois a maioria dos médicos era remunerada consoante os serviços prestados, diretamente negociados com o governo pelos seus sindicatos: um de médicos de clínica geral e outro de especialistas.

C2. A Reforma de 2004: o primeiro passo de retorno à centralização

C2.1 *Centros locais de coordenação*

Foi então que veio a reforma de 2004, que assentou numa maior centralização a nível local. De modo a melhorar a coordenação e a integração dos serviços, foram adicionados 95 centros locais de coordenação aos 15 já existentes. Estes centros partiram da fusão geográfica dos CLSC, dos hospitais de cuidados prolongados e dos hospitais de cuidados agudos, reduzindo assim o nível local de 150 para 95 territórios locais. Isto assinalou o início de um processo de centralização e o declínio do planeamento estratégico local.

C2.2 *Grupos de Medicina Familiar*

Na mesma época, no início dos anos 2000, e na sequência de recomendações de uma comissão provincial de inquérito, foram criados grupos de medicina familiar (FMG) sustentados por uma subvenção substancial

(cerca de 150 milhões de dólares) do *Fundo de Transição para os Cuidados Primários no Canadá*. Estes FMG incorporaram elementos de um modelo centrado nos doentes, o *Medical Home*. No presente, o número de FMG voluntariamente criados é de quase 300, na sua maioria localizados em clínicas médicas privadas onde os médicos são remunerados consoante os serviços e recebem um valor mínimo anual por doente registado. A implementação dos FMG foi conseguida através de negociações entre o Ministério da Saúde e o sindicato dos médicos de clínica geral, naturalmente assegurando os interesses dos médicos e, esperamos, da população.

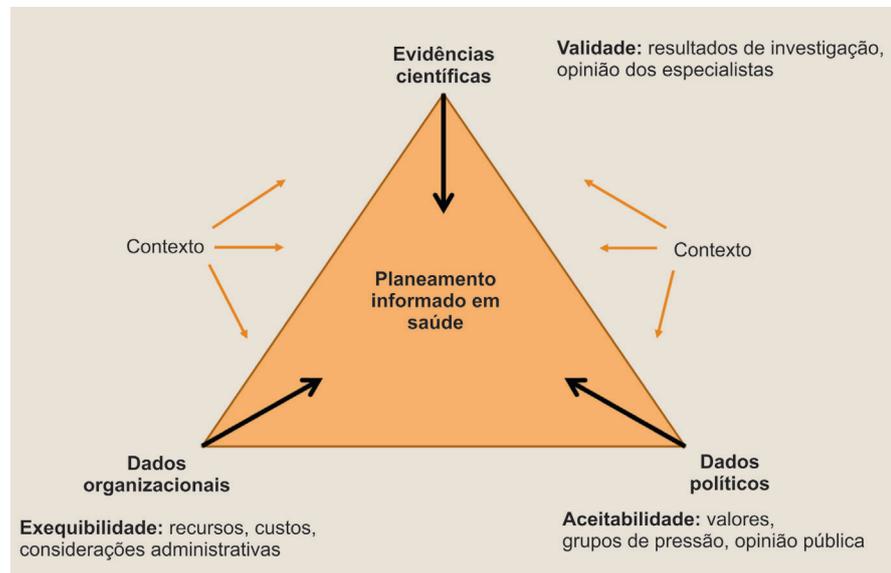
A implementação de FMG ilustra claramente que existem duas linhas de planeamento estratégico no Québec: uma linha de política pública mais formal, que envolve sobretudo as instituições públicas, e uma segunda linha mais informal, mas ainda assim muito influente, que envolve os médicos empresários privados que negociam diretamente com o Ministério as suas condições de trabalho – o que tem frequentemente um grande impacto no sistema de saúde pública e noutros profissionais de saúde e, por vezes, interfere na concretização das políticas de saúde pública.

C3. A Reforma *Top-Down* de 2015: de volta ao ponto de partida

Em 2015, o recém-nomeado Ministro da Saúde e dos Serviços Sociais realizou uma vasta reorganização do sistema. As Agências Regionais de Saúde foram abolidas e as 182 instituições de saúde pública, que incluíam os 95 centros de coordenação criados em 2004, foram agrupados em 22 Centros Integrados de Serviços Sociais e de Saúde. Tanto os membros do conselho de administração como o diretor executivo desses centros passaram a ser de nomeação ministerial. Todas as instituições públicas de saúde localizadas no território do centro foram colocadas sob a direção do centro, incluindo a saúde pública. Ao impor a integração horizontal e vertical, esta reforma *top-down* visava fortalecer a coordenação. É demasiado cedo para medir os seus benefícios para os doentes e para a população, embora os impactos adversos sejam perceptíveis para o pessoal, que tem dificuldades em se adaptar à nova situação. A literatura sugere claramente que a integração alcançada pela fusão de várias instituições de cuidados de saúde de diferentes tipos e tamanhos pode não ser a solução ideal para melhorar a coordenação e a colaboração. As instituições dominantes, tais como os hospitais, tendem a impor a sua visão e estratégia em detrimento das clínicas de cuidados primários assentes na comunidade.

A título de conclusão, apresentamos um quadro conceitual com três principais pontos aqui destacados:

1. Fontes de evidências para o planeamento em saúde



Conforme revela o quadro, e de uma perspetiva teórica, o planeamento informado assente em evidências deve conciliar e integrar três possíveis fontes de evidências: em primeiro lugar, existem dados científicos especializados que derivam sobretudo dos resultados da investigação e que se preocupam com a sua validade científica. Em segundo lugar, existem os dados de origem institucional ou administrativa de um ponto de vista que assenta sobretudo em considerações de ordem organizacional sobre a viabilidade – por exemplo, em termos de custos, recursos humanos ou outras restrições. Por fim, existem os dados políticos referentes aos valores sociais e à aceitabilidade social, que considera os pontos de vista dos cidadãos e dos grupos de pressão. A influência de fatores contextuais permeia os três tipos de evidências. Por exemplo, fatores tecnológicos, investigacionais, educacionais e socioeconómicos podem exercer influência sobre qualquer tipo de evidência. É provável que a congruência entre os três tipos de dados comprovados leve a um planeamento em saúde melhor informado. Os dados científicos não são uma condição suficiente (ainda que necessária) para o planeamento informado, nem tão-pouco o é a exequibilidade organizacional ou a aceitabilidade política. É a ponderação equilibrada destas três fontes que dará mais garantias ao planeamento ideal.

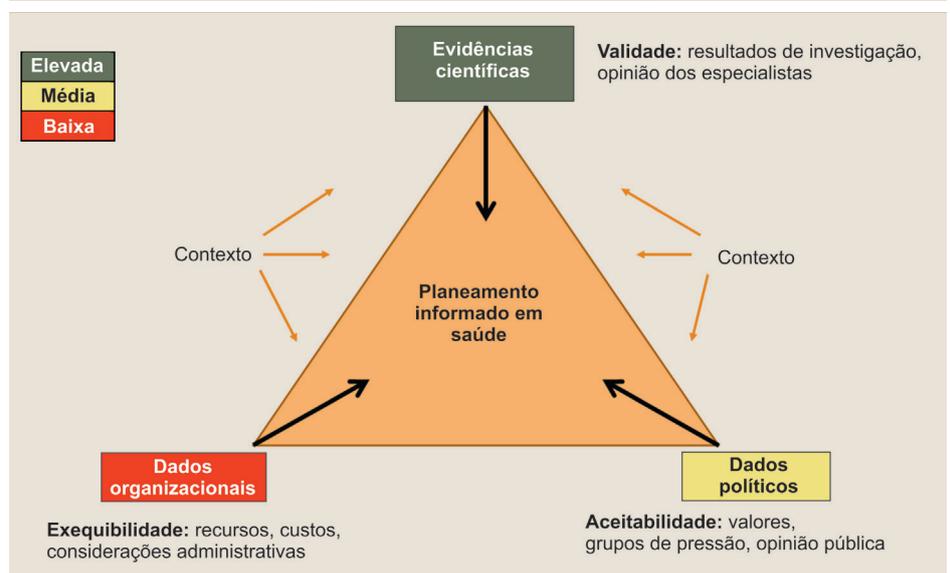
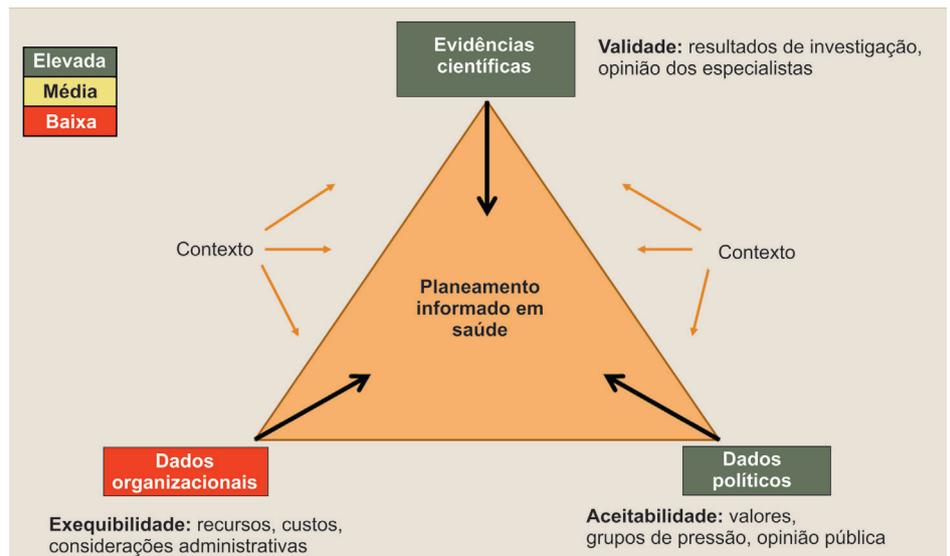
2. Avaliando fontes de evidências do planejamento em saúde a nível Federal

Este quadro pode servir para avaliar as práticas de planejamento. Por exemplo, tendo em consideração o que foi apresentado, atribuiria melhor classificação ao planejamento estratégico a nível federal com base em dados comprovados científicos e políticos, representados pela cor verde, mas pior com base em dados organizacionais e na viabilidade, representados a vermelho, só porque a gestão operacional está sob jurisdição provincial.

3. Avaliando fontes de evidências do planejamento em saúde na última reforma do Québec

Por outro lado, avaliaria a mais recente reforma do Québec com base em dados científicos e organizacionais, indicados a vermelho, e atribuiria uma posição média aos dados políticos, a amarelo, pois a reforma, embora conduzida por um governo legitimamente eleito, foi criticada em muitas frentes por profissionais, gestores e vários grupos de pressão.

Se nos referimos à tipologia clássica que se opõe ao planejamento pragmático e ao planejamento racional, também chamado de planejamento ideal, o quadro sugere que a melhor estratégia engloba estes dois polos de planejamento, correspondendo ao que se designaria por planejamento realista, tomando em consideração fontes de dados científicos, organizacio-



nais e políticos numa mescla concordante com a realidade do contexto.

Bibliografia

1. Champagne, A. P. Contandriopoulos et Z. Hartz, dir., *L'évaluation: concepts et méthodes*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2009.
2. Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, J. Picot-Touché, F. Béland et H. Nguyen, *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé: le modèle EGIPSS*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2005
3. Commissaire à la santé et au bien-être, "L'appréciation globale et intégrée de la performance: Analyse des indicateurs de monitoring" *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*, 2010, Québec, 2010.
4. FCRSS, "Mythe: Le financement des services de santé au Canada est non viable", *À bas les mythes*, Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, dezembro de 2007.
5. ICIS, *Apprendre des meilleurs: Analyse comparative du système de santé du Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2011.
6. INSPQ, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2006.
7. Commissaire à la santé et au bien-être, "L'appréciation globale et intégrée de la performance: Analyse des indicateurs de monitoring" *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*, 2010, Québec, 2010.
8. FCRSS, "Mythe: Le financement des services de santé au Canada est non viable",

À bas les mythes, Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, dezembro de 2007.

9. ICIS, *Apprendre des meilleurs: Analyse comparative du système de santé du Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

10. INSPQ, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2006.

11. Keon, W. J. et L. Pépin, *Un Canada en santé et productif: Une approche axée sur les déterminants de la santé*, Ottawa, Sénat, 2009.

12. Mikkonen, J. et D. Raphael, *Social determinants of health: The Canadian facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management, 2010.

13. Pineault, R., J. F. Levesque, D. Roberge, M. Hamel, P. Lamarche et J. Haggerty, *L'accessibilité et la continuité des services de santé: Une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche, Montréal, Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

14. Pineault, R. et C. Daveluy, *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995.

15. Pineault, R., *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer* Les Presses de l'Université de Montréal, 2012

O planejamento em saúde no Brasil

Health planning in Brazil

Fernando Passos Cupertino de Barros

Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, Brasil. Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – CONASS
fernandocupertino@gmail.com

Lourdes Lemos Almeida

Administradora Educacional, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília/DF. Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – CONASS
lourdesalm@gmail.com

Resumo

O artigo aborda o processo e os instrumentos existentes para o planejamento em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Discorre sobre as competências dos entes federados, sobre a legislação e normas vigentes que regulam a matéria e os instrumentos existentes para o processo de planejamento: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre e Planejamento Regional Integrado. Destaca o papel legalmente atribuído aos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, que devem estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, apontando, todavia, as dificuldades para que isso aconteça. Por fim, em diálogo com a literatura, destaca as dificuldades e desafios a serem superados.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, sistema único de saúde, regionalização.

Abstract

This paper addresses the existing procedures and instruments of healthcare planning in the context of the Brazilian Unified Health System – SUS. We discussed the competences of each State, the current legislation and regulations and the existing planning instruments and procedures: Healthcare Plan, Yearly Health Program, Management Report, Four Month Period Detailed Report, Integrated Regional Planning. Furthermore, we highlighted the role legally attributed to the Healthcare Councils in the three spheres of Government. These councils are responsible for establishing guidelines to be observed in the development of healthcare plans, but we also pointed the obstacles for their effectiveness. Hence, in dialogue with the literature available on this matter, we stressed some of the difficulties and challenges to be overcome.

Key Words:

Healthcare planning, unified health system, regionalization.

Introdução

O Brasil passou por muitas transformações sociais, políticas e econômicas em decorrência da promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988, ao término de um período de ditadura militar, instaurada em 1964. A nova Carta Magna instituiu um modelo federativo inovador, caracterizado pela presença de três esferas de governo, cada qual dotada de autonomia e com amplas responsabilidades na gestão de políticas públicas. Segundo Wright, esse modelo reveste-se de uma relação de interdependência, cuja autoridade é exercida pela negociação entre os entes, sem caráter de subordinação [1].

Em meados de 2015, em decorrência das discussões havidas durante os trabalhos de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2007, o Ministério da Saúde apresentou a estados e municípios a proposta de se construir um sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde-SUS, que é o sistema público de saúde destinado a garantir a universalidade de acesso e a integralidade dos cuidados a todos os cidadãos. Depois de amplas discussões com representantes da Administração Federal, da Organização Pan-americana da Saúde, e das secretarias estaduais e municipais de saúde, surge o PlanejaSUS, definido como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, dentro de uma ação governamental intitulada Pacto pela Saúde, em 2006, onde o planejamento passa a ser considerado como instrumento estratégico de gestão do SUS [2].

As atividades de planejamento no SUS adquiriram importância em razão de seu papel destacado para a consecução dos objetivos constitucionais que dão à saúde o estatuto de direito de cidadania, assim como por definirem com clareza a necessidade de se levar em conta a autonomia dos entes federados, que devem trabalhar de forma articulada, solidária e interdependente, de maneira ascendente, a partir dos municípios, mas respeitando-se as linhas diretrizes

de âmbito nacional, acordadas entre as três esferas de gestão. Ademais, a distribuição de competências entre as três esferas de governo auxilia a tornar mais claras as responsabilidades e o papel de cada uma delas, conforme se pode ver na Figura 1.

Em 2011, o planejamento em saúde foi colocado de maneira explícita e objetiva na agenda do gestor, com a edição do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011 [3] e com a promulgação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [4]. Tais marcos normativos determinaram a necessidade do aprimoramento de instrumentos e da construção de processos de apoio ao planejamento no âmbito do SUS. Vale lembrar que a Lei nº. 8080/1990 já previa que o processo de planejamento e orçamento do SUS devesse ser feito de forma ascendente, do nível local até o nível federal [5]. O capítulo III do Decreto n. 7.508/2011 reforça tais determinações, mas acrescenta que as necessidades das

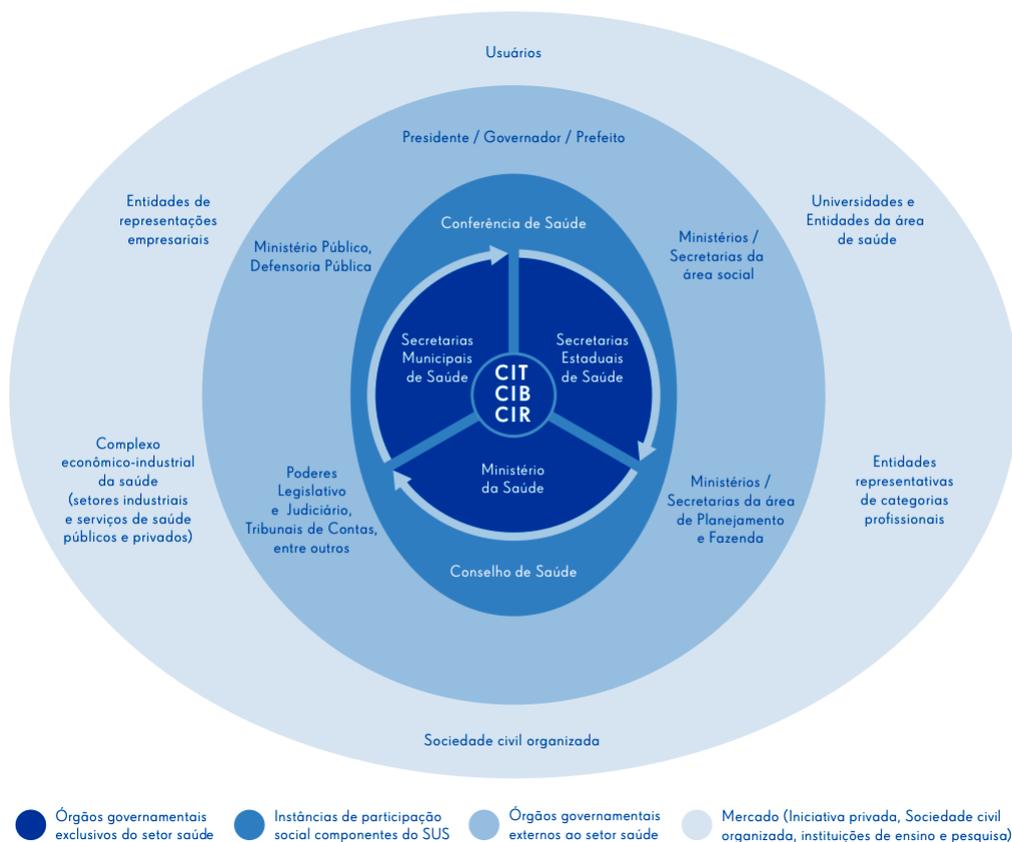
Fig 1: Distribuição das competências federativas no SUS, entre União, Estados e Municípios*

ESFERAS DE GOVERNO	DISTRIBUIÇÃO FEDERATIVA DE COMPETÊNCIAS	
	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE CADA ESFERA	COMPETÊNCIAS COMUNS
União	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Formular, apoiar a implementação e avaliar as políticas prioritárias em âmbito nacional; ▶ Elaborar o planejamento estratégico do SUS; ▶ Coordenar sistemas de alta complexidade; ▶ Coordenar sistemas de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária; ▶ Formular a política nacional de produção de insumos e equipamentos; ▶ Promover a descentralização de ações e serviços de saúde; ▶ Estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população; ▶ Administrar recursos orçamentários e financeiros; ▶ Estabelecer padrões e mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde;
Estados	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Promover a articulação sistêmica, o planejamento e coordenação regional das políticas, ações e serviços de saúde; ▶ Monitor e avaliar as redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS; ▶ Elaborar e sistematizar os planos de médio e longo prazo no âmbito estadual; ▶ Fornecer apoio técnico e financeiro aos Municípios nas ações de descentralização; ▶ Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organizar e coordenar sistemas de informação; ▶ Elaborar e atualizar os planos de saúde; Relatório de Gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Programação Anual de Saúde (PAS); ▶ Elaborar normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde;
Municípios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Planejar, organizar e avaliar a provisão local de serviços de saúde; ▶ Gerenciar as unidades públicas de saúde; ▶ Executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; ▶ Implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; ▶ Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos; ▶ Elaborar proposta orçamentária (Inciso X da Lei nº 8.080, de 1990).

* O Distrito Federal acumula as competências típicas dos estados e dos municípios.

Fonte: Manual de planejamento do SUS [7]

Fig 2: O papel das relações federativas na governança do SUS



Fonte: Manual de planejamento do SUS [7]

políticas de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros, a serem consignadas nos respectivos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde. A novidade introduzida provocou um intenso debate, ainda em curso, posto que a categorização de saúde como direito do cidadão e dever do Estado pode gerar importantes impactos na sua oferta e consumo. Ademais, há que se ressaltar que os gastos com a saúde alteram-se ao longo da vida, havendo nítida tendência de aumento de custos à medida que se avança em idade [6].

O caráter ascendente do planejamento em saúde, assim como a participação da sociedade, assegurada em Lei, e ainda as instâncias de discussão e de concertação entre as esferas de governo exibem a complexidade e a relevância das relações federativas não somente para o processo de planejamento, mas para o próprio funcionamento do sistema de saúde, como pode ser visualizado pela Figura 2.

Na dimensão federativa, a governança entre esferas dá-se por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões intergestores bipartite (CIB). O funcionamento de cada comissão inicia-se nas câmaras técnicas, que são grupos de trabalho de técnicos

da União, dos estados e dos municípios, no caso da CIT; e de estados e municípios, no caso das CIB's. As câmaras técnicas reúnem-se a partir de uma necessidade de saúde para definir padrões de intervenção, programas, projetos ou estratégias de atuação, bem como suas fontes de financiamento. A partir daí, a proposta em forma de programa ou portaria é enviada aos conselhos diretores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e às secretarias do Ministério da Saúde para aprovação política. Somente depois disso, o material é enviado às comissões para votação

nas reuniões ordinárias mensais. Não havendo consenso entre as partes, prosseguem as discussões para modificações que possam levar à aprovação, ou então a proposta é retirada da pauta e retorna à câmara técnica para ser reajustada às demandas do plenário.

Uma novidade introduzida pelo Decreto nº 7.508/2011 é o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Trata-se de um acordo de colaboração, por adesão voluntária, firmado entre entes federados com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, explicita os compromissos firmados em cada Região de Saúde e instrumentaliza um desejo de colaboração entre os entes federados. Além disso, introduz a noção das regiões de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade de atuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) em cada uma delas, de modo a estimular a cooperação solidária entre os municípios participantes, com conseqüente fortalecimento das regiões de saúde e contrapondo-se, assim, ao isolamento e à fragmentação das ações [8].

O Controle Social

A Constituição Federal define a “participação da comunidade” (art. 198 da Constituição Federal) [9] como uma das diretrizes do sistema público de saúde, no que é complementada pela Lei 8.142/1990, que regulamenta a participação da sociedade através das conferências e dos conselhos de saúde [10].

As conferências de saúde, realizadas a cada quatro anos, são grandes fóruns com representação de todos os segmentos sociais que têm como objetivo avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Os conselhos de saúde, por sua vez, são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do Governo, dos usuários e de prestadores de serviço ao sistema de saúde e ainda por representação dos profissionais de saúde que nele atuam. Estão presentes nos 5.570 municípios brasileiros (conselhos municipais de saúde), nos 26 estados da federação (Conselhos Estaduais de Saúde) e no Distrito Federal (Conselho Distrital de Saúde). O Conselho Nacional de Saúde – CNS, no nível federal, é um espaço de participação social na administração do SUS e atua no controle da execução da política de saúde, estabelecendo estratégias de coordenação e gestão, além de ser responsável pela aprovação dos planos nacionais de saúde e do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde. Por força de Lei, os conselhos possuem ainda a prerrogativa de realizar o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros [10], o que os torna parte integrante do ciclo de planejamento, controle e avaliação do sistema de saúde.

Por outro lado, tanto a Lei nº 8080/1990, quanto o Decreto nº 7.508/2011, que a regulamentou, ressaltam o papel do controle social no processo de planejamento do SUS, ao reconhecer que compete ao Conselho Nacional de Saúde estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada esfera administrativa. Isso implica diretamente os conselhos de saúde no processo de planejamento e de avaliação no âmbito do SUS.

A despeito das atribuições constitucionais e legais, o funcionamento dos conselhos de saúde, especialmente no nível municipal, não tem sido capaz de responder plenamente às expectativas iniciais. Influenciar ou tomar parte no processo de decisão de uma determinada política setorial, por exemplo, implica em formular ou orientar projetos; em definir prioridades e em estabelecer contrapontos ao desenvolvimento das medidas tomadas; em ter a capacidade de leitura crítica de planos e relatórios; em acompanhar balanços financeiros e orçamentários; em envolver-se na administração dos serviços e sistemas de saúde. Tarefas,

enfim, que requerem capacitação técnica e disponibilidade de tempo superiores às que a maioria da população possui, como bem aponta Vianna [11].

O processo e os instrumentos de planejamento

Pelas características do federalismo brasileiro, o planejamento no SUS torna-se, conseqüentemente, uma responsabilidade conjunta dos três entes federados, que devem desenvolver suas atividades de modo a responder às necessidades locais, porém de modo a levar em conta as atividades das demais esferas de gestão, de forma complementar e funcional. O Ministério da Saúde, juntamente com o CONASS, o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, estabelecem as diretrizes gerais para a elaboração do planejamento para todas as esferas gestoras do SUS, definindo prioridades e objetivos nacionais. Nas demais esferas, o processo guarda as mesmas feições, com uma preocupação de busca da equidade regional, onde o estado federado e o município definem em conjunto as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada ente na região. Dessa forma, a ação articulada dos entes federados, cada qual com atribuições específicas, é capaz de produzir um planejamento voltado para impulsionar estratégias de regionalização. Para tanto, faz-se necessário lançar mão tanto do conjunto de normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental como um todo (Constituição Federal, leis e decretos), quanto das normas específicas editadas no âmbito do SUS (portarias, resoluções etc).

A Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 [12], definiu de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS, tomando por base o disposto pelo Decreto nº 7508, de 2011, e pela Lei nº 141, de 2012. Essas diretrizes deram lugar a sete princípios necessários ao planejamento governamental no SUS: (1) trata-se de uma atividade obrigatória e contínua; (2) deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento geral do governo; (3) deve respeitar os resultados dos entendimentos consensuais entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartites e na tripartite; (4) deve ser articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS; (5) deve ser ascendente e integrado; (6) deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde e (7) deve partir das necessidades de saúde da população.

Os instrumentos para o planejamento e a gestão no âmbito do SUS são: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

O Plano de Saúde, elaborado para um período de quatro anos, norteia a elaboração do orçamento do governo no

tocante à saúde. Esse entendimento vale tanto para os Planos de Saúde quanto para as Programações Anuais de Saúde, pois a Lei nº 141/2012 dispõe que, antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias do exercício correspondente, os entes da federação deverão encaminhar a Programação Anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação. Isso significa que o orçamento deriva do processo de planejamento da gestão [6]. O Plano de Saúde explicita os compromissos do governo para com a saúde da população a partir da análise situacional, das necessidades de saúde e das peculiaridades próprias de cada uma das esferas de gestão. É a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade das ações. Sua elaboração segue os prazos definidos pelo Plano Plurianual (PPA) a que estão obrigados os governos federal, estaduais e municipais.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. No âmbito dos estados e municípios, a PAS deve conter: (a) a definição das ações que, naquele ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; (b) os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; (c) a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. No caso da União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. O horizonte temporal da PAS coincide com o ano-calendário, mesmo período definido para o exercício orçamentário.

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. A estrutura do Relatório de Gestão deve conter: (a) diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; (b) metas da PAS previstas e executadas; (c) análise da execução orçamentária; (d) recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde; (e) os entes que assinarem o COAP deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos no contrato.

O Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) é o instrumento de acompanhamento da execução das metas previstas na Programação Anual de Saúde, que deve ser apresentado como prestação de contas pelo gestor do SUS até o último dia dos meses de maio, setembro e fevereiro do ano seguinte ao do exercício, em audiência pública, na sede do Poder Legislativo do respectivo ente federado. As informações acumuladas quadrimestralmente auxiliarão na elaboração do Relatório de Gestão, no final de cada exercício.

A Regionalização e o Planejamento Regional Integrado

A Constituição Federal estabelece no art. 198 que o SUS deve ser descentralizado e regionalizado e dessa forma imprime as características do sistema federativo brasileiro de interdependência e da inter-relação entre os entes. Apesar da sua autonomia, especialmente na área da saúde, isso não é sinônimo de suficiência. Está posto, então, o desafio de regionalizar a descentralização.

É preciso rever a concepção de que os entes federados são capazes de se organizar e de funcionar como organismos isolados, em contraposição à noção de integração e articulação com vistas a garantir a integralidade da assistência à saúde da população, na região de saúde. Trata-se, aqui, de um território bem delimitado, dotado de uma rede de serviços de saúde, onde os gestores do SUS assumirão responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população, buscando sempre proporcionar aos cidadãos as condições que garantam igualdade de acesso a esses serviços.

Conforme o Decreto nº 7.508/2011 a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e dotado de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Deve ser instituída sob a coordenação do Estado federado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Em setembro de 2011, a CIT pactuou os objetivos gerais para organização da Região de Saúde que estão expressos na Resolução/CIT nº 01 de 29/09/2011 [13]:

- garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em Redes de Atenção à Saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;
 - efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os Entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e
 - buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e a eficiência na Rede de Atenção à Saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros, a fim de reduzir as desigualdades locais e regionais.
- De acordo com as normas vigentes, para a instituição de uma Região de Saúde é necessário ter naquele território, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; de urgência e emergência; de atenção psicossocial; de atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e de vigilância em saúde. Os Entes federativos definirão os seguintes elementos em relação à Região de Saúde: (i) seus limites geográficos

ficos; (ii) população usuária das ações e dos serviços; (iii) rol de ações e serviços que serão ofertados e (iv) respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

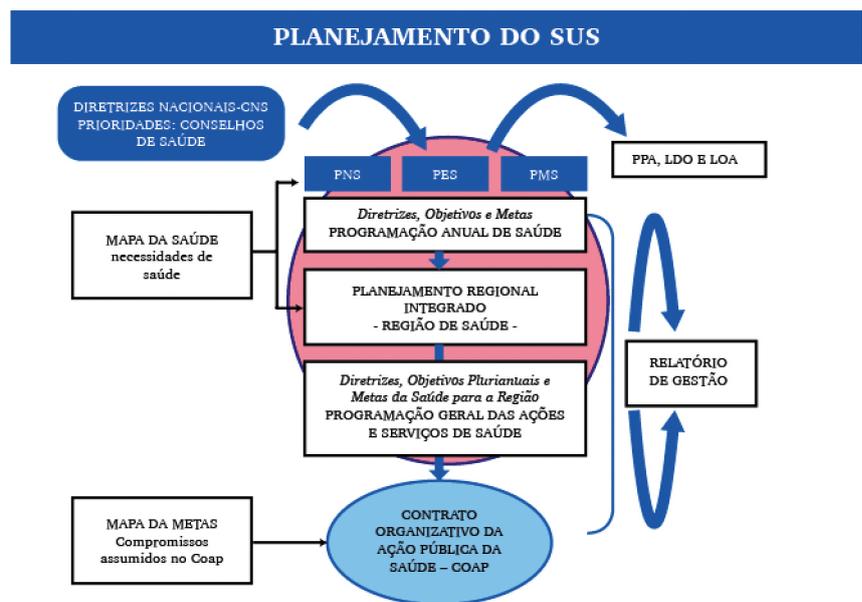
Na organização da Região de Saúde devem ser consideradas a intersectorialidade e a dinâmica dos territórios, pois há relações importantes que se processam ali e remetem ao cotidiano da população, às relações entre o Estado, a sociedade civil organizada e os cidadãos, que com interações políticas, económicas, sociais e simbólico-culturais transformam o território em um ente vivo. O homem não vê o universo a partir do universo; o homem vê o universo desde um lugar e os processos de mudança social, económica e política da sociedade resultam na transformação do espaço, que, concatenado à paisagem, adaptam-se para as novas necessidades do homem. É o uso

do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social. [14]

A definição de um determinado território não é só um processo de regionalização geográfica, mas deve expressar o seu papel ativo, além de considerar o seu contexto socioeconómico e cultural, para que possa ser reconhecido como um território vivo. Deve ser então, a operacionalização política da dinâmica territorial, que seja capaz de dar conta da realidade concreta, onde o poder político-institucional é exercido por um grande número de atores sociais. É ir além da visão fragmentada de uso do território, considerando apenas a percepção setorial da saúde; é analisar e avaliar, também, os vários aspectos e os agentes que regulam e organizam esse território. Portanto, pensar uma região de saúde é estabelecer estratégias políticas, económicas e peculiares, para que seja implantada efetiva e concretamente, e reconhecida do onto de vista histórico e social.

Dessa forma, cabe indagar e identificar quem são esses agentes que atuam na região de saúde; quem coordena sua organização e onde são definidas as regras da gestão compartilhada do SUS. Considerando que a região será referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, é necessário que as responsabilidades de cada ente na prestação de serviços naquele território estejam bem definidas e pactuadas, tanto na Comissão Intergestores Regional - CIR, quanto na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. A Lei Complementar nº 141/2012 acrescenta que as transferências de recursos entre Entes devem se dar, preferencialmente, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência apro-

Fig 3: Elementos do processo de planeamento no SUS e suas inter-relações



Fonte: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015

vados pelo respectivo Conselho de Saúde. Há, portanto, a participação de vários atores que agem em diferentes fóruns de discussão.

A organização das Comissões Intergestores é fundamental para lidar com o caráter por vezes assimétrico das relações entre os entes federativos nas regiões de saúde. São instâncias reconhecidas como foros de negociação e de pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS, onde são explicitadas as divergências, os conflitos são expostos e a negociação e o consenso resultam em pactuações necessárias à decisão colegiada e à parceria no compartilhamento da responsabilidade sanitária. É o espaço onde são definidos acordos políticos com base em levantamentos e informações coerentes com a dinâmica de uso do território e com o planejamento local de cada gestor.

O Estado federado precisa ser o coordenador da região, apesar da descentralização das ações e serviços, tendo em vista a necessidade de integração de esforços que aperfeiçoem e racionalizem os recursos existentes. Certamente, além dos atores governamentais, outros agentes devem ser considerados na dinâmica da região, tais como os prestadores de serviço, a sociedade, os trabalhadores de saúde, todos implicados na construção de respostas governamentais capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas em saúde, evitando que ocorra um processo meramente institucional, normativo e administrativo, que não será resolutivo na organização dos serviços para a população.

Analisando os objetivos gerais para organização da Região de Saúde que estão expressos na Resolução/CIT nº 01/2011, é importante destacar, ainda, alguns elementos,

além da territorialização, que servem de base no processo de regionalização. São eles: a garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde; a integralidade da assistência; a cooperação; a cogestão; o financiamento solidário; a subsidiariedade; a organização das redes de atenção à saúde; e a redução das desigualdades locais e regionais. Todos esses elementos devem ser considerados no Planejamento Regional Integrado que será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolve os três Entes federados. Esse planejamento expressa as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção.

Desse modo, há uma inovação no modelo de planejamento no SUS, pois é possível passar de uma abordagem baseada na oferta de serviços, de forma isolada e fragmentada, por ente federado, para um modelo de contratualização de âmbito regional, em rede, seguindo critérios de necessidades da população, de forma estratificada por grau de risco e gravidade, abordando os diversos serviços e ações de saúde de forma articulada e integrada. O processo de constituição da Rede de Atenção à Saúde – RAS na região é um momento importante no planejamento regional integrado, pois a elaboração do Plano de Ação da RAS organiza a produção de saúde, estabelece a coordenação e a cooperação entre os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, reconhecendo a interdependência entre os atores e organizações na oferta de uma atenção à saúde que busca garantir a integralidade do cuidado.

A organização da RAS incorpora, na prática, conceitos estruturantes próprios da regionalização como a interdependência, o compartilhamento, a cogestão, a subsidiariedade, a escala, a garantia de acesso e a integralidade da atenção. Entretanto, é importante destacar que é preciso superar os interesses estritos de cada município e que a soma de planos municipais de saúde não resulta em um planejamento

Fig. 4: Pontos fortes e fragilidades

Pontos fortes	Pontos frágeis
<ul style="list-style-type: none"> ✓ A adoção de uma estratégia de organização da rede assistencial calcada no fortalecimento dos cuidados de saúde primários (CSP) – Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financiamento insuficiente, com centralização excessiva no nível federal; ✓ Deficiências qualitativas e quantitativas em recursos humanos; ✓ Falta de homogeneidade na cobertura populacional;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participação dos cidadãos, constitucionalmente garantida, nos três níveis de governo (conselhos e conferências). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baixa efetividade no funcionamento dos conselhos (falta de condições de funcionamento; falta de formação dos conselheiros; manipulação por interesses variados; baixa capacidade de síntese e de priorização das ações etc)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Municipalização da saúde, numa perspectiva de proximidade com o cidadão e de territorialidade nas ações. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grande heterogeneidade dos municípios, o que se reflete na dificuldade em se dispor de capital humano suficiente, adequado e bem distribuído; ✓ Baixa capacidade de financiamento e organização da rede local de saúde;
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consenso sobre a necessidade de se planejar ações numa perspectiva regional, a fim de se superar dificuldades em comum. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indisponibilidade de recursos financeiros; ✓ Descrédito do nível federal com respeito suas novas proposições, posto que há sempre uma consequente sobrecarga financeira sobre estados e municípios; ✓ Dificuldades na captação e retenção de recursos humanos, especialmente em regiões mais pobres e longínquas.

Fonte: Manual de planejamento do SUS [7]

regional, da mesma forma que a simples soma de sistemas municipais não vai gerar um sistema regional.

O planejamento regional inclui, ainda, o monitoramento e a avaliação das ações implementadas e dos resultados alcançados, como instrumento estratégico de gestão do SUS e de fortalecimento do próprio planejamento, na medida em que lhe confere direcionalidade e precisão.

Um resumo dos elementos do processo de planejamento no SUS e suas inter-relações pode ser visto na Figura 3.

Considerações finais

Inegavelmente, o planejamento no âmbito do SUS dispõe atualmente de instrumentos e de processos claros e bem definidos. Sua utilização deveria acontecer em todo o território nacional e no seio de todos os entes federados, uma vez que tornada obrigatória por força dos atos normativos vigentes. Contudo, há diversos obstáculos ainda a serem

transpostos para que a qualidade do planejamento, nele incluído o indispensável componente da avaliação, se faça de modo a produzir reflexos objetivos sobre a qualidade dos serviços de saúde e de sua organização em benefício dos cidadãos.

Santos e Campos [15] apontam os problemas gerados pelo processo de municipalização da saúde que se implantou a partir do surgimento do SUS, geradores de iniquidade, desigualdades e de fragmentação intensa. A essa situação eles sugerem o caminho da regionalização como a solução capaz de enfrentá-la, combatendo a fragmentação de ações e serviços de saúde e o centralismo federal que não tem visão sobre o planejamento regional. O Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) seria, então, um instrumento poderoso de integração de ações e serviços de saúde dos entes federados no espaço regional, com definição das responsabilidades sanitárias e com rateio equitativo dos recursos financeiros das três esferas de governo. Por diferentes razões, até novembro de 2016 apenas dois estados brasileiros haviam assinado o COAP.

Mendes [16] ressalta que apesar da existência de iniciativas voltadas à regionalização, são ainda tímidos os avanços obtidos na construção do planejamento regionalizado e integrado em saúde. Em seu estudo, o autor identificou que dos 26 estados que citaram o Planejamento Regional Integrado (PRI) em seus planos de saúde, apenas cinco declararam construí-lo. Por outro lado, a rotatividade de secretários municipais de saúde, a pouca autonomia nas

decisões executivas, as deficiências na qualificação técnica para o exercício da função gestora e a influência nociva de interesses político-partidários fazem com que as comissões intergestores regionais sejam pouco sensíveis às demandas dos cidadãos. Além disso, recursos financeiros insuficientes não permitem que a programação pactuada e integrada de serviços seja efetivamente cumprida, com consequentes prejuízos na oferta de serviços à população [17]. Muitas vezes o gestor municipal se vê obrigado a comprar serviços da iniciativa privada a preços muito superiores aos estabelecidos pela tabela do Sistema Único de Saúde, por não encontrar profissionais que aceitem ser remunerados por valores absolutamente irrealistas quando comparados aos custos reais.

Finalmente, parecem ser patentes as grandes dificuldades para o aperfeiçoamento do SUS, especialmente no que se refere ao planejamento, à execução e à avaliação por parte de seus gestores: a falta de financiamento suficiente; o modelo que deseja sair do municipalismo isolado para uma regionalização solidária, mas que ainda não se implantou firmemente; as deficiências na gestão do sistema, em suas três esferas de governo e a insuficiência de capital humano suficientemente qualificado e bem distribuído por todas as regiões do país.

Um quadro sinóptico comparativo (Figura 4) enumera os pontos fortes e os pontos frágeis do SUS e suas relações com o processo de planejamento.

Bibliografia

1. Wright DS. Para entender las relaciones intergubernamentales: estudio introductorio de José Luiz Méndez. Fondo de Cultura Económica, USA, 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/ Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Brasil. Decreto no. 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 09 de novembro de 2016
4. _____. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em 09 de novembro de 2016.
5. _____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 9 de novembro de 2016.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).
8. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde soc.* [Internet]. 2016 June [cited 2016 Nov 10]; 25(2): 320-335. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200320&lng=en. Acesso em 10 de novembro de 2016.
9. Brasil. Constituição Federal. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigo 198. Brasília: 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoacompilado.htm. Acesso em 9 de novembro de 2016.
10. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 9 de novembro de 2016.
11. Vianna MLTW. “Participação em saúde: do que estamos falando?” *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n° 21, jan./jun. 2009, p. 218-251.
12. Brasil. Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* de 26/09/2013, Seção 1, pag. 60.
13. _____. Resolução CIT n° 01, de 29 de setembro de 2011. Disponível em <http://www.conass.org.br/siteantigo/cit%202011/RESOLUC%CC%A7A%CC%83O%20N%C2%BA%201%20Regio%CC%83es%20de%20Sau%CC%81de.pdf>. Acesso em 14 de novembro de 2016.
14. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp; 2006
15. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade* 24,2 (2015): 438-446. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104817/0>. Acesso em 10 de novembro de 2016.
16. Mendes VAP. Estudo sobre o planejamento regional nos estados brasileiros. Mestrado (dissertação)—Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016. Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20958>. Acesso em 10 de novembro de 2016.
17. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde.” *Revista de Saúde Pública* 48,4 (2014): 622-631. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2016.

Recent developments and the future of health planning in African countries

Desenvolvimentos recentes e o futuro do planejamento em saúde nos países africanos

Delanyo Dovlo

Director, Health Systems and Services Cluster, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville, Republic of Congo

Humphrey C. Karamagi

Sustainable Development Goals coordinator for Africa, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville, Republic of Congo
karamagih@gmail.com

Kevin Ousman

Health Systems and Services Cluster, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville, Republic of Congo

Martin Ekekemonono

Health Systems and Services Cluster, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville, Republic of Congo

Resumo

Os indicadores de saúde na região africana têm melhorado nos últimos 15 anos, embora ainda enfrentem muitos desafios e ameaças. Para progredir são necessárias melhorias nos processos de planejamento em saúde como parte integrante do esforço para fortalecer a governação em saúde. A história do planejamento em saúde é rica em empenho e mostra evolução de acordo com o paradigma de gestão em saúde prevalente a cada momento. Como resultado do surgimento das metas de desenvolvimento sustentável é imperativo que o processo de planejamento em saúde seja realinhado com as necessidades de governação e com as expectativas dos vários países. Reconhecer os desafios persistentes em planejamento relacionados com diálogos políticos deficitários, desiguais capacidades de priorização, processos rígidos, fraca integração de instrumentos de planejamento e com ações intersectoriais e condução da implementação, o escritório regional da OMS propõe a adoção de uma grelha abrangente de planejamento e definição de processos que tenha em conta os referidos desafios. A proposta define as ferramentas e processos necessários para um planejamento em saúde efetivo, incluindo as respetivas interligações. A adoção de um processo de planejamento abrangente vai propiciar o alcançar dos objetivos em saúde e conduzir os países em direção às metas de desenvolvimento sustentável. Ferramentas e procedimentos adequados serão desenvolvidos no quadro desse processo de planejamento abrangente para facilitar a sua aplicabilidade nos diversos países.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, África, metas para o desenvolvimento sustentável, governação em saúde.

Abstract

The health status in the African Region has increased in the past 15 years, though still faced with many challenges and threats. To move forward, improvements in the health planning process are needed as part of the effort to strengthen health governance. The history of health planning is rich in effort, and shows evolution with the prevailing paradigm of health management at each point in time. As a result, with the advent of SDGs as health security preparedness needs, it is imperative that the health planning process be realigned with the governance needs and expectations of countries. Recognizing persisting planning challenges relating to poor policy dialogues, uneven prioritization capacity, rigid processes, poor linkages of planning tools and with inter-sectoral actions and implementation guidance, the WHO regional office is proposing adoption of a comprehensive planning framework and process that takes cognizance of these challenges. It defines the respective tools and processes needed for effective health planning, including their relationships and linkages. Adoption of a comprehensive planning process will support attainment of health objectives, and guide movement towards SDGs in countries. Appropriate tools, and procedures will be developed in line with the comprehensive planning process to facilitate its application in countries.

Key Words:

Health planning; Africa; SDGs; health governance.

Introduction

In the last 15 years, the Africa health status has shown an improving trend[1]. This has however been uneven with focus on a few areas[2]. Countries currently face complex health challenges with a double disease burden, plus increasingly epidemic outbreaks[3]. The political, social and environmental landscape of Africa has changed, with increasing democratization and need for accountability, urbanization particularly of the economically productive cohorts, and environmental challenges in regard to climate change[4] all leading to new health challenges. Persistent poverty and poor income distribution complicate the challenges to health.

The region however has witnessed unprecedented increases in support, with new global health initiatives complementing increases in domestic financing and traditional donor support[5]. If channeled appropriately, this should help the countries further accelerate the improvements they are witnessing in their health sectors.

The Sustainable Development Goals (SDGs) recognize the need for country specific system wide approaches to respond to this complex situation[6]. The quality of health planning in a country impacts on government effectiveness, and so effective use of available resources[7].

Planning progress so far

Health planning has been a feature of health services delivery in Africa for many decades, evolving and driven by different motivations[8]. Pre-independence, most planning was limited to coordination of public hygiene services in areas where colonialists resided[9]. With independence, most countries adopted centralized planning, though focused on expansion of clinical services. With the adoption of the Primary Health Care approach, planning shifted in the 1980s from clinical services expansion to access to selective vertical interventions [10,11]. With the structural adjustment and public sector reforms of the 1990s, this planning process again shifted to management of downsizing of services and strengthening decentralized planning[12]. By the time we entered the current global health phase in the 2000s, the planning process shifted towards scaling up provision of country specific essential services[13]. Current efforts to improve planning were boosted at the 2008 conference on PHC and Health Systems[14], where it was recognized

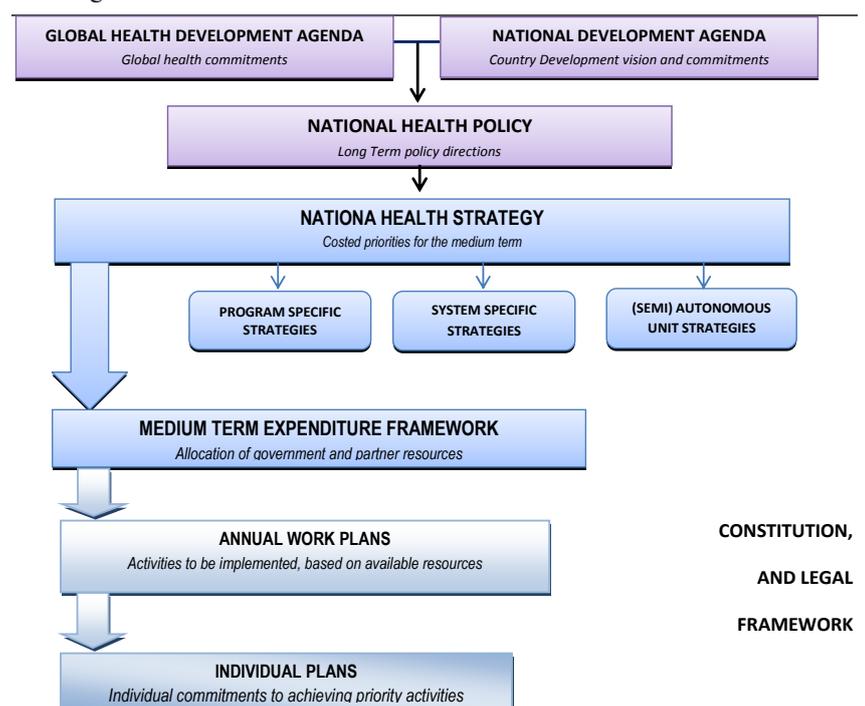
as a key expectation of good governance. A common planning framework for countries was developed as a result, and within 5 years post conference 19 of 46 countries of the Africa region had developed national health policies, and 22 had national health strategies.

Challenges faced

However, there are still persistent challenges with the planning process reported by countries

- Mismatch between planning process, and actual priorities. The process is unduly driven by funding sources, with some priorities like NCDs, or clinical services inadequately featured.
- Rigid planning process that is difficult to adapt to changing priorities. In emergencies, the process becomes inappropriate as shown in the Ebola Virus Disease outbreak[3]
- Limited capacity for forward planning, with most efforts driven by past and current challenges as opposed to predicting emerging challenges
- Poor guidance on and interaction amongst planning tools. Countries have various combinations of tools, with little understanding of their respective utilities and expected interlinkages.
- Inadequate interactions with the wider government planning processes, making inter sectoral actions difficult to implement[15]
- Weak implementation guidance, and plan translations to individual health worker actions

Planning framework for health



Moving forward

The WHO Africa Regional Office is proposing a comprehensive planning framework to respond to these challenges, and align the planning process to the current needs of countries.

This aims to further align the planning process to current needs. Specifically, it should help to:

- Link their health planning process to the global health, and national development agendas. National health policies should be guided by the national development, and global health agenda in addition to the health situation analysis.

- Highlight the health planning tools, plus their inter-linkages and implementation tools.

- o National health policies as the long term 'statements of intent', and be implemented through national health strategic plans.

- o National health strategic plans as medium term costed priorities. These should be comprehensive enough to inform the budgeting process, specific health program (HIV, Malaria, etc.), health system (human resources, health financing, etc.), and (semi) autonomous units (districts, tertiary hospitals, etc.) strategies. These are implemented through the budgeting framework by operational plans

- o Budgeting framework allows allocation of government, and funding partner resources to priorities.

- o Operational plans represent the activities to be implemented annually with the funds allocated from the budgeting framework from government and partners.

- o Individual plans are derived from the operational plans

- Different planning tools are applied at the different levels of the health sector, depending on the level of decision space held at that level in a country.

- o At the macro level (national, and subnational devolved units) where there is decision making authority, all the planning tools are applicable

- o At the meso level (subnational deconcentrated / delegated units) where decision making authority is handed down from the macro level, planning tools applicable are from the strategic plan downwards.

- o At the micro level (implementation units) that directly manage frontline health workers, planning tools applicable are the annual and individual work plans

- The framework is also designed to facilitate forward planning through having a scoping tool that maps forward risks, and have inbuilt flexibility with a robust monitoring and redesign process that takes cognizance of changes in current or future situation. Additionally, countries will be able to improve alignment of their systems to needs to ensure these are resilient enough to respond to expectations.

Going forward, the region intends to elaborate specific guidelines for each of the planning tools that provide clarity on its scope and components, how it is to be used, the process towards its elaboration, and how to monitor its effectiveness. This is all aimed at further improving the quality of the planning process amongst countries in the region, and so impact on the quality of governance and attainment of the country's health objectives.

References

1. World Health Organization. Atlas of African Health Statistics. *WHO African Heal Obs Knowl Manag.* 2014;(1):1-181. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2.
2. Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: Quantifying the epidemiological transition. *Lancet.* 2015;386(10009):2145-2191. doi:10.1016/S0140-6736(15)61340-X.
3. Heymann DL, Chen L, Takemi K, et al. Global health security: The wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *Lancet.* 2015;385(9980):1884-1899. doi:10.1016/S0140-6736(15)60858-3.
4. McMichael AJ. Globalization, Climate Change, and Human Health. *N Engl J Med.* 2013;368(14):1335-1343. doi:10.1056/NEJMr1109341.
5. McCoy D, Chand S, Sridhar D. Global health funding: How much, where it comes from and where it goes. *Health Policy Plan.* 2009;24(6):407-417. doi:10.1093/heapol/czp026.
6. Hafner T, Shiffman J. The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy Plan.* 2013;28(1):41-50. doi:10.1093/heapol/czs023.
7. WHO. *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO Framework for Action.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
8. Akbar Zaidi S. Planning in the health sector: For whom, by whom? *Soc Sci Med.* 1994;39(9):1385-1393. doi:10.1016/0277-9536(94)90369-7.
9. Freund PJ. Health care in a declining economy: The case of Zambia. *Soc Sci Med.* 1986;23(9):875-888. doi:10.1016/0277-9536(86)90216-9.
10. WHO. Declaration of Alma Ata (6-12 September 1978). *Int Conf Prim Heal Care.* 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
11. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy. *Health Aff.* 2004;23(3):167-176. doi:10.1377/hlthaff.23.3.167.
12. Berman P, Bossert T. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries : What Have We Learned ? *DDM Symp Apprais a Decad Heal Sect reform Dev Ctries.* 2000:0-20. <http://www.harvard-school-of-public-health.net/ihsq/publications/pdf/closeout.PDF>.
13. Mueller DH, Lungu D, Acharya A, Palmer N. Constraints to implementing the Essential health package in Malawi. *PLoS One.* 2011;6(6). doi:10.1371/journal.pone.0020741.
14. World Health Organization. Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health in Africa in the New Millennium. *Brazzaville.* 2008:28-30.
15. Chircop A, Bassett R, Taylor E. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Crit Public Health.* 2015;25(2):178-191. doi:10.1080/09581596.2014.887831.

Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos

Strategic planning in Guiné-Bissau's health sector: evolution, influences and processes

Cátia Sá Guerreiro

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Augusto Paulo Silva

Instituto Oswaldo Cruz, Brasil

Tomé Cá

Organização Oeste Africana da Saúde

Paulo Ferrinho

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHTM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Resumo

Apesar de ser reconhecido que o planeamento estratégico (PE), quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade.

A República da Guiné-Bissau (RGB), um dos países mais pobres do mundo, apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde (SS), não respondendo este às necessidades de saúde do país. Trata-se porém de um Estado que tem feito ao longo dos anos o exercício do PE para o setor da saúde (PES).

A gestão estratégica do SS da Guiné-Bissau foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrou, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas e orientou a elaboração de dois Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007) e o segundo PNDS pelo DENARP II (2011-2015). O terceiro PNDS, em elaboração, será orientado pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo *Terra Ranka* (2015-2025) e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

O processo de PES na RGB incorpora e alimenta ainda outros processos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem a uma teia de documentos orientadores - políticas, planos, programas, projetos.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida por uma Célula de Gestão do PNDS no Ministério da Saúde Pública (MINSAP), o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na referida Célula de Gestão, e também ao facto de o PE ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS.

O presente artigo faz uma viagem de revisão aos processos de PES na RGB em três momentos, cada um associado a um PNDS: 1998-2002 (extensão de 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020. Numa narrativa que pretende guardar memória destes processos, o artigo reporta-se ou a vivências pessoais dos autores, ou segue uma metodologia de análise de documentos, na sua maioria não-publicados, obtidos de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os autores estiveram envolvidos como dirigentes ou consultores do MINSAP da RGB.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, Guiné-Bissau, sistema de saúde.

Abstract

Although it is recognized that strategic planning (SP), when evaluated according to predefined goals and objectives, has a low execution rate, it has value as a complex, participatory and mobilizing procedure in all quarters of society. Strategic health planning (SHP) has begun to emerge since the 1990s, strongly driven by the *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (WHO, 1981) and more recently by the *Health 21 - Health for All in the 21st Century* (WHO, 1998).

The Republic of Guinea-Bissau (RGB), one of the poorest countries in the world, presents a context of fragility and deficiencies in health and functioning of its health system, which does not respond to the health needs of the country. It is, however, a State that over the years has made the exercise of SHP.

The strategic management of the RGB's health system was, until March 2017, guided by a National Health Policy adopted and approved in 1993. It has, over time, framed various thematic policies and guided the preparation of two National Health Development Plans (NHDP). The extension of the first NHDP was framed by the first National Strategy Document on Poverty Reduction (DENARP I 2004-2007) and the second NHDP by the DENARP II (2011-2015). The third NHDP, in preparation, will be guided by the National Health Policy adopted in March 2017, by the Strategic and Operational Plan of the Government *Terra Ranka* (2015-2025) and by the recommendations that emerged in October 2014 from the 1st National Health Conference.

The SHP process in RGB also incorporates and feeds other planning processes by partners, services and civil society bodies, giving rise to a web of guiding documents - policies, plans, programs, projects.

The management of this complexity should have been taken over by the NHDP Management Office, which has not happened. This is partly due to the lack of staff in the Office, and also to the fact that the SP is seen not as an element of dynamic strategic management, but as a self-contained process that allows mobilizing funds from donors and guides other thematic planning cycles, not always articulated with the NHDP's time horizon.

The present article makes a review trip to the SHP processes in RGB in three moments, each associated with a NHDP: 1998-2002 (extension of 2003-2007); 2008-2017; 2018-2020. In a narrative that intends to keep a memory of these processes, the article reports either to the personal experiences of the authors, or follows a methodology of analysis of documents, mostly unpublished, obtained from key informants in the course of several works in which Authors were involved as directors or consultants of the Ministry of Public Health of RGB.

Key Words:

Health planning, Guiné-Bissau, health system.

Introdução

A República da Guiné-Bissau (RGB) está a elaborar o seu terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS).

Neste artigo revemos os processos de planeamento estratégico (PE) na RGB em três momentos, cada associado a um PNDS: 1998-2002 (extensão de 2003 a 2007); 2008-2017; 2018-2020.

O artigo reporta-se ou a vivências pessoais dos autores ou segue uma metodologia de análise de documentos (Bowen, 2009), na sua maioria não-publicados, obtidos de informadores-chave no decorrer de vários trabalhos em que os autores estiveram envolvidos como dirigentes (TC, APS) ou consultores (PF, CSG) do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da RGB.

Contexto histórico, político, económico e social

A RGB fica situada no oeste do continente africano, sendo de realçar uma componente insular, com 88 ilhas, correspondente a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até Setembro de 1974 quando alcançou a sua independência. Do ponto de vista administrativo, o país está dividido em 8 regiões e um setor autónomo - cidade de Bissau - capital política, económica e administrativa do país. Em termos de administração sanitária apresenta-se dividido em 11 regiões.

Em 2016, a população da RGB foi estimada em cerca 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade¹. A sociedade guineense é marcada pela diversidade étnica e coabitação de diferentes credos religiosos.

Os indicadores demográficos registam uma evolução no sentido de uma transição demográfica: a taxa de mortalidade baixou no tempo simultaneamente com a taxa de natalidade e o índice de fecundidade mostra tendências decrescentes (República da Guiné-Bissau, 2015).

O poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O Presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um. A Assembleia Nacional Popular é eleita por 4 anos. Formalmente existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato, vivendo-se situações de instabilidade política e institucional permanente (Sangreman et al, 2006). Isto reflete-se no Índice Ibrahim de Governança Africa-

na em que a RGB, entre 54 países africanos, em 2016 se encontrava colocada em 44º lugar.

Esta situação não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em setores como a economia, a saúde e a educação é quase total.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,424 em 2015), na classificação de 2015, a RGB ocupa o 178º lugar, num total de 186 países².

A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano.

Com um PIB *per capita* de \$590 dólares americanos (2015), em 2010 cerca de 70% da população vivia em pobreza moderada (com 2\$ dólares americanos ou menos por dia) e 33% em pobreza extrema (com 1\$ dólar americano ou menos por dia)³.

O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77% em 2000-2003, de 89% em 2006 e de 74% em 2015, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA). Esta tendência leva a atrasos permanentes no pagamento dos salários e, conseqüentemente, a instabilidade social, com greves frequentes nos setores da saúde e educação. As infraestruturas de apoio às atividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia elétrica.

A educação tem deficiente desempenho e recursos humanos, financeiros e materiais escassos. A evolução dos indicadores de escolarização não é favorável (República da Guiné-Bissau, 2015).

Os indivíduos qualificados saem do sistema de educação e de formação sem perspetivas de futuro, uma vez que um número significativo dentre eles não encontra um emprego digno do seu nível de qualificação. Se a questão da inserção profissional já é bastante difícil para os jovens de uma maneira geral, ela é ainda mais dramática para os jovens com estudos superiores. Para um indivíduo licenciado pelo ensino superior os setores de atividade financeiramente mais interessantes para trabalhar são o setor moderno privado, a administração pública (exceto educação) e o setor da saúde. Para os diplomados do segundo ciclo do secundário, são, por ordem decrescente de importância, os domínios da saúde, da administração geral (exceto educação) e dos serviços (República da Guiné-Bissau, 2015).

A RGB integra a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), a UEMOA e a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). No âmbito da integração regional uma série de diretivas sobre cuidados transfronteiriços, fármacos, formação de pessoal de saúde e livre circulação dos profissionais de saúde, entre outras, deverão ser transpostas para o *corpus juris* nacional.

Sistema de saúde

A RGB apresenta um contexto de fragilidade e carências ao nível da saúde e do funcionamento do seu sistema de saúde (SS), não respondendo este às necessidades de saúde do país (Republica da Guiné-Bissau, 2003). Os aspetos referidos no Quadro 1 refletem as principais fraquezas do SS, as quais têm persistido desde a elaboração do primeiro PNDS.

Organização do Sistema de Saúde

Para compreendermos a organização do SS temos que ter noção da organização do mapa sanitário (Caixa 1) e dos setores de prestação de cuidados de saúde:

- **Setor público**, patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do Estado, composto por:
 - Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP (Caixa 2);
 - Serviços de saúde militar na dependência do Ministério da Defesa e serviços de saúde prisionais sob o Ministério da Justiça;

- **Setor convencional** entre a Igreja Católica (a qual assume o património imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual coloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir);

- **Setor privado** composto por clínicas com internamento, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e posto de vendas de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual ao Estado;

- **Setor tradicional**, ainda por caracterizar.

Quadro 1: Principais fraquezas do SS da perspetiva dos insumos e processo

Insumos no SS	Principais fraquezas
Integração Regional	Adoção das diretivas regionais têm-se processado com grande lentidão.
Liderança, governação, organização e gestão	Mudanças políticas (ou politicamente motivadas) frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes. Política Nacional de Saúde data de 1993. Fraca capacidade de gestão e articulação em todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Instabilidade institucional devido a movimentos frequentes de gestores/administradores. Coordenação inadequada entre o MINSAP, as regiões e os vários parceiros. Modelo excessivamente centralizado. Atual modelo programático verticalizado, funcionando em paralelo fragmenta ainda mais o SNS. Atividade privada não regulamentada. Poucos instrumentos de gestão formalizados: leis orgânicas, visão, missão, legislação, regulamentos, procedimentos, termos de referências dos cargos, entre outros.
Financiamento da saúde	O orçamento regular do MINSAP, das DRS e das ES depende maioritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. OGE alocado para a saúde é escandalosamente exíguo. Grande parte das ES não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta.
Recursos humanos	Falta de informação sobre RHS. Desconhecimento e ou desrespeito pelas orientações estratégicas para os RHS em termos de: formação inicial, continuada especializada, de promoção; recrutamento, colocações e retenção; incentivos. Baixa motivação do pessoal devido a equipamentos inadequados e ao atraso frequente no pagamento de salários que por si já são baixos, levando ao múltiplo emprego e à prática de cobranças ilícitas. Faltam instrumentos de gestão de RHS. Profissões da saúde não estão padronizadas. Carreiras não implementadas, com necessidade de atualização. Falta de capacidade para manter supervisão formativa. Instrumentos regulatórios da administração autónoma do Estado (Ordens) não legalizados.
Infraestruturas, equipamentos e produtos de saúde, logística	Fraca institucionalização das aquisições; falta de padronização dos equipamentos e infraestruturas; insuficiência de materiais e equipamentos nas ES; falta de manutenção periódica das infraestruturas e equipamentos; fornecimento irregular de equipamentos médicos, medicamentos e reagentes; desafios na manutenção da rede de frio; gestão de inventário inadequada.
Prestação de serviços	Supervisão irregular; mapa de pessoal mal definido para algumas das ES, em particular as colocadas ao nível de referência nacional; distribuição desigual de RHS em todos os níveis e superlotação na capital; infraestruturas e equipamentos essenciais insuficientes e inadequados para garantir cuidados de qualidade; falha na gestão de mecanismos de comunicação.
Gestão do sistema de informação em saúde	Irregularidade da supervisão, quase ausência da prática de controlo de qualidade de dados; mecanismos de retro informação inadequados; baixo nível de informatização; multiplicidade e não harmonização de instrumentos de recolha de dados; mecanismos de monitorização inadequados ou limitados; fraquezas na análise e disseminação sistemática dos dados. Incapacidade de adoção de inovações por falta de sistema de gestão do conhecimento.

Caixa 1: Mapa sanitário

Do ponto de vista administrativo, a RGB está dividida em **8 regiões de saúde (RS)**: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em **36 setores** e um **Setor Autónomo** (cidade de Bissau, capital política, económica e administrativa do país). Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o **mapa sanitário** apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). As 11 RS foram, desde sempre, divididas em **114 Áreas de Saúde (AS)** (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, 66% da população ainda vive em 2017 a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de Cuidados Primários de Saúde (CPS) mais próximas.

1 - <http://www.stat-guineebissau.com/> consultado a 13 de fevereiro de 2017.

2 - <http://hdr.undp.org/en/data>

3 - World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

Caixa 2: SNS: organização, infraestruturas e equipamentos

Nível comunitário

A revitalização das atividades de saúde de base comunitária estão em implementação há cerca de 4 anos, sendo que neste momento existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2016-2020. As atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos estão bem especificados, embora haja discordância entre parceiros de implementação e o MINSAP sobre o que é comportável em termos de incentivos financeiros. Realça-se ainda a iniciativa de reabilitação de base comunitária pela missão holandesa Kimon, num projeto apelidado de Jedidias.

Serviços de 1º contato

Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de CPS incluem: 3 tipos de centros de saúde (CS) generalistas - tipos A, B e C, e 4 tipos de centros especializados - Centros de Tratamento Ambulatório (CTA) do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLS), Centros de reabilitação nutricional (CRN), Centros Materno-infantis (CMI) e o CS mental.

- *Centros de saúde generalistas:* os CS generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os em relação ao pacote de intervenção que lhes foi atribuído (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Em 2014, existiam 123 CS, dos quais 7 do tipo A, 8 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 108 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação do Pacote Mínimo de Atividades (PMA) (Caixa 3). Em março de 2017, 11 CS estavam fechados por ausência de estrutura física em condições aceitáveis. O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima.

Os mecanismos para aumentar o acesso aos cuidados incluem:

- o A estratégia avançada, que envolve saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações que vivem entre 5 km a 20 km do CS da respetiva AS;
- o As equipas móveis envolvem saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar o PMA a populações a mais de 20 km do CS da respetiva AS, prevendo-se a necessidade de se pernoitar nas comunidades visitadas.

- *Centros de saúde especializados:*

Foram criados no mínimo um CTA em cada RS, através do PNLS. Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito em TARV.

Os CRN e CMI são na sua maioria apoiados pela Cáritas. Por último temos o CS mental Osvaldo M'Veira, em Bissau, uma estrutura destruída pela guerra civil e que tenta recuperar o seu estatuto de centro de referência nacional.

Nível secundário dos cuidados de saúde

Existem 5 hospitais regionais (HR) em funcionamento - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa - que prestam cuidados de referência do primeiro nível e cujo diretor faz parte da ERS. A precariedade nos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais. Junto de alguns dos HR existem casas de mães apoiadas pela Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

Serviços de nível terciário ou nacional

A nível central estão o MINSAP, com Ministro, Secretário de Estado, Secretário-geral, três Direções Gerais, Direções Nacionais/Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes e dois centros especializados de referência nacional: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora Dr. Ernesto Moreira. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares.

Não está definido um quadro de referência e contra referência entre as estruturas sanitárias. Os doentes têm acesso direto aos serviços, ou pela urgência ou pelo ambulatório. Como a procura é inadequada os cuidados prestados não correspondem necessariamente ao nível de diferenciação terciária. A inadequação dos cuidados prestados deve-se também a respostas inadequadas para um nível terciário por falta de recursos humanos especializados, falta de equipamento necessário ou ainda pela existência de equipamentos por instalar ou sem pessoal competente para os utilizar. Esta precariedade está associada a irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, à falta de manutenção dos equipamentos, a atrasos no desembolso de fundos de maneiio por parte das entidades responsáveis levando à falta de motivação do pessoal, à baixa produtividade e à erosão das competências técnicas.

Nota-se ainda sobreposição de valências clínicas e de capacidade de diagnóstico entre unidades hospitalares que poderiam ser melhor aproveitadas num complexo hospitalar de nível terciário partilhado entre as três unidades.

Caixa 3: Pacote mínimo de atividades (PMA)

O PMA é da responsabilidade dos CS nas 114 AS do país, estando definidas as atividades entre os CS os ASC, e é composto por cinco grupos de atividades:

- Atividades curativas,
- Atividades preventivas,
- Atividades orientadas para a população – comunicação e promoção da saúde –,
- Estratégia avançada e
- Atividades de apoio.

A definição do PMA implicou a adoção de critérios de dotação mínima do pessoal técnico e a definição das normas de funcionamento das próprias infraestruturas. O pacote mínimo em si, tal como definido, continua a parecer atual e adequado, à exceção de algumas correções que podem ser introduzidas, concretamente na área da saúde da mãe, do recém-nascido e no tratamento anti-retroviral.

Planeamento estratégico no MINSAP

Apesar de ser reconhecido que o PE, quando avaliado de acordo com objetivos e metas pré-definidas, tem uma baixa taxa de execução, ele tem valor enquanto procedimento complexo, participado e mobilizador de todos os quadrantes da sociedade. O PE contribui para ganhos em conhecimento (sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes) e para a difusão desse conhecimento de

uma forma generalizada e direcionada, obtendo consensos e legitimação da visão estratégica proposta e clarificando áreas prioritárias para concentração de recursos e esforços (Mintzberg H. et al, 2009).

Em diversos países existe um interesse renovado nos processos de PES, como instrumento para ultrapassar a insatisfação com a fragmentação dos sistemas, com a aparente retirada progressiva do Estado do setor da saúde, com as crescentes desigualdades no acesso e nos resultados em saúde. A nível global, o reconhecimento das dificuldades nacionais, as desigualdades entre países e a consciência crescente de diversos estrangulamentos estruturais, despertou o interesse “num plano, num mecanismo de financiamento e num quadro de referência para monitorização e avaliação”. (Oliveira D, 2015)

O PES começou a emergir desde a década de 1990, fortemente impulsionado pela *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (WHO, 1981) e, mais recentemente, pela *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. (WHO, 1998).

A gestão estratégica do SS da RGB foi, até março de 2017, orientada por uma Política Nacional de Saúde (PNS) adotada e aprovada em 1993. Esta enquadrou, ao longo dos tempos, diversas políticas temáticas (PT) e orientou a elaboração de dois PNDS. A extensão do primeiro PNDS foi enquadrada pelo primeiro Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP I 2004 - 2007) e o segundo PNDS pelo DENARP II (2011-2015). As

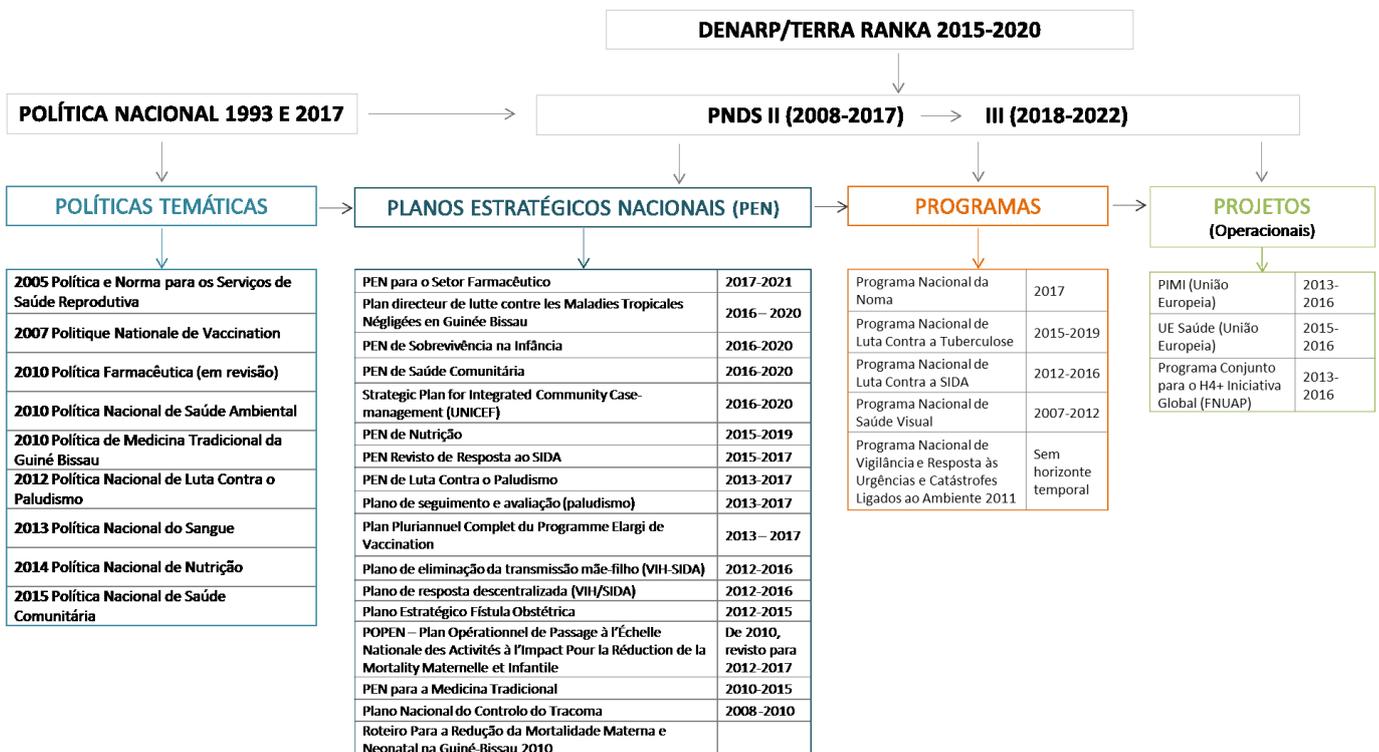


Fig. 1: Quadro lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde

PT e os PNDS enquadram os Planos Estratégicos Nacionais (PEN) temáticos e os respetivos programas e projetos.

O terceiro PNDS será orientado pela PNS adotada em Março de 2017, pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo (Terra Ranka) (2015-2025) e pelas recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014.

A figura 1 reflete o quadro lógico dos documentos orientadores da gestão estratégica do setor da saúde no momento atual, sendo feita de seguida uma resenha histórica do PES na RGB, antecedendo a descrição dos aspetos processuais de elaboração dos PNDS.

Perspetiva histórica

Depois do golpe militar de 1980, o regime militar perdurou até 1984, ano em que uma nova Constituição foi aprovada, fazendo o país retornar a um regime civil, evoluindo em direção à democracia multipartidária no começo dos anos 90 com a cessação da proibição de partidos políticos em 1991 e eleições multipartidária em 1994.

Como reconhecido na literatura (Reich, 1995; Lopes da Cruz, 2007), estes momentos de mudança política, criam oportunidades para reformas que, na RGB levaram ao abandono do planeamento normativo, protagonizado em 1984 pelo então denominado Ministério da Coordenação Económica e Plano. Os diferentes setores, em especial a saúde, viram-se então livres para desenvolverem uma abordagem própria.

Na sequência de um Programa de Reforço da Gestão Sanitária (PRGS) de 1990 do MINSAP, foi adotada uma abordagem de planeamento tipo *bottom up*, muito participativo e consensual com todos os atores implicados. Este período de planeamento decorreu em pleno Programa de Ajustamento Estrutural (Monteiro, 1996), momento em que um planeamento de desenvolvimento geral deixou de existir no País, só sendo retomado com a elaboração do DENARP I, no segundo milénio.

O primeiro PNDS surgiu no contexto de uma PNS de 1993 orientada por princípios de consolidação dos CPS, de melhoria do acesso aos serviços de saúde, de distribuição equitativa dos recursos, de qualidade da prestação de cuidados, de descentralização do SNS, de definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial. Foi o primeiro exercício de planeamento estratégico no setor da saúde em todo o país, sendo apresentado numa mesa redonda setorial de 1997 para obter apoios financeiros dos doadores.

A partir do PNDS I a função de planeamento assumiu um papel estruturante na gestão estratégica do MIN-

SAP (Silva, 1999). O PNDS I constituiu um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário no período de 1998 a 2002. No entanto, a execução do PNDS ficou, por um lado, comprometida mas, por outro, manteve o seu caráter de um plano estruturante, com orientações claras, com objetivos, estratégias e ações devidamente especificadas. Sobrevivendo à instabilidade político-militar, o PNDS I foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007, de modo a permitir que as atividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas.

Surgiu entretanto a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, especificada no DENARP I (2004-2007), alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), tendo por objeto a eliminação da pobreza. Foi identificada a necessidade de uma abordagem abrangente que tomasse em conta tanto os aspetos económicos, sociais e institucionais assim como culturais e ambientais.

A avaliação do PNDS I em 2007 permitiu concluir que, de um modo geral, houve ligeira melhoria dos indicadores. No entanto, os objetivos traçados pelo PNDS I, mesmo com a extensão do período de sua vigência para mais 5 anos, não tinham sido alcançados devido a:

- Instabilidade político-militar,
- Instabilidade administrativa⁴,
- Baixa contribuição do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o financiamento da saúde que manteve a dependência quase total do exterior,
- Fraca capacidade de gestão a todos os níveis (administração central, regional e local, comunidades e sociedade civil),
- Dificuldades na concretização da estratégia de descentralização que impediu que as regiões sanitárias (RS) tivessem autonomia de planificar e executar atividades de forma autónoma (Fronteira et al, 2007).

É neste contexto que o MINSAP se envolveu na elaboração do PNDS II, com a expectativa de dar resposta aos objetivos traçados no quadro do DENARP e aos desafios encontrados na avaliação.

O PNDS II, enquadrado no DENARP I, foi pensado como um projeto de desenvolvimento socioeconómico, de forma a assegurar a obtenção de “Ganhos em Saúde” de 2008 a 2017. As condicionantes associadas à implementação do PNDS I, mantiveram-se idênticas para o PNDS II. O pouco que se avançou foi orientado por um plano de operacionalização do PNDS II, preparado pelo MINSAP com o apoio dos parceiros (Republique de Guinée Bissau, 2012), para os direcionar nas suas intervenções na área da saúde materno-infantil. É também de realçar o esforço da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez, que permitiu ultrapassar as metas do PNDS II para o número de enfermeiros e de médicos por 10 000 habi-

Caixa 4: Estratégias de desenvolvimento nacional

As estratégias de desenvolvimento nacional foram, no passado, operacionalizadas nos DENARP e atualmente no Plano Estratégico e Operacional *Terra Ranka*.

Os DENARP constituíram o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros externos. Foram os instrumentos de operacionalização das grandes prioridades nacionais, definidas na Visão Prospetiva do Desenvolvimento, denominada «Guiné-Bissau 2025 Djitu Ten», adotada pelo Governo em 1996. Este documento constituiu o quadro de referência para a planificação estratégica, programação e orçamentação das ações de desenvolvimento, assim como para o diálogo com os parceiros técnicos e financeiros.

A estratégia definida articulava-se à volta de quatro eixos estratégicos:

1. Fortalecer o Estado de Direito e as Instituições Republicanas,
2. Assegurar um ambiente macroeconómico durável e incitativo,
3. Promover um desenvolvimento económico durável e inclusivo,
4. Aumentar o nível de desenvolvimento do capital humano.

O primeiro DENARP vigorou de 2006 a 2008, enquanto o DENARP II de 2011 a 2015. Além da diferença de horizonte temporal, o DENARP II distinguiu-se ainda do primeiro em virtude do seu quadro de operacionalização, os Planos de Ação Prioritários (PAP), destinados a implementar as metas traçadas pelos diferentes Ministérios sectoriais – o PNDS II, no caso da saúde.

Através do **DENARP I**, a RGB fixou objetivos ambiciosos de desenvolvimento económico e social:

- Desenvolver as infraestruturas de apoio à produção,
- Atingir uma taxa média anual de crescimento de pelo menos 5% durante o período,
- Limitar a taxa de inflação média anual a 3%,
- Reduzir a incidência de pobreza de 68,5% em 2005 para 65,9% em 2008 e 64,1% em 2010,
- Assegurar a expansão e a melhoria de acesso à educação para a universalização do ensino de base,
- Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 122 por mil em 2004 para 104,5 em 2008,
- Reduzir a mortalidade infantojuvenil,
- Reduzir a mortalidade materna.

No final do ano 2006 realizou-se em Genebra a conferência internacional de doadores na base do DENARP I. Os compromissos assumidos pelos parceiros internacionais não foram concretizados. O Governo reconhece que os objetivos do DENARP I não foram alcançados. Com base nas lições aprendidas foi elaborado o DENARP II.

O principal objetivo do **DENARP II** era reduzir a pobreza nas suas múltiplas dimensões, para criar mais oportunidades de rendimento, de emprego e melhorar o acesso aos serviços públicos básicos de qualidade num Estado de direito reforçado. Outros objetivos importantes eram a redução da insegurança alimentar, da mortalidade infantil, juvenil e materna, a eliminação da desigualdade estrutural entre homens e mulheres, assim como o aumento anual do crescimento económico, do acesso à água potável e do fornecimento de eletricidade, entre outros.

A estratégia definida no DENARP II articula-se à volta de quatro eixos principais:

1. Fortalecer o estado de direito e as instituições republicanas;
2. Reformar a administração e melhorar a gestão das finanças públicas;
3. Promover o desenvolvimento económico durável;
4. Melhorar a qualidade de prestação de serviços nos sectores sociais.

O DENARP II definiu também um dispositivo de monitorização e avaliação, com o respetivo orçamento, instrumentos inexistentes no DENARP I.

“Guiné-Bissau 2025 Djitu Ten” foi substituído em 2014 por “Guiné-Bissau 2025 Plano Estratégico e Operacional 2015-2020 «Terra Ranka»” documento que orienta a elaboração do PNDS III e que foi a base da conferência internacional de doadores em 2015.

tantes. A ameaça do Ébola nos países vizinhos reforçou os investimentos nos sistemas de vigilância, alerta e resposta rápida (Ferrinho 2015).

Os eixos do PNDS II em que se observaram menos progressos foram o da governação e de infraestruturas e equipamentos. Nos outros eixos (medicamentos, colaboração intersectorial e promoção da saúde, monitorização e avaliação e cuidados essenciais e de referência)

observaram-se um conjunto de iniciativas em progresso, geralmente sem se alcançarem as metas propostas (Ferrinho 2015).

4 - Termo utilizado para referir a constante mudança na gestão de topo dos órgãos do MINSAP e estruturas ligadas ao PNDS.

Em 2011, e com horizonte temporal até 2015, foi adotado o DENARP II (República da Guiné-Bissau, 2011). Em 2015, não tendo sido adotado um novo DENARP, este foi substituído pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo eleito em 2014 (Terra Ranka) (2015-2025).

As estratégias de desenvolvimento nacional encontram-se sintetizadas na caixa 4 e os temas de saúde presentes no Plano Estratégico e Operacional Terra Ranka no quadro 2.

Em Outubro de 2014 realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde da qual emergiram recomendações que se tornaram fundamentais no processo de planeamento que se seguiu. (caixa 5).

É neste contexto, e no ano a seguir à adoção dos objetivos de desenvolvimento sustentável, que emergem a vontade e a necessidade de elaborar o PNDS III 2018-2022. Esta elaboração teve em conta as recomendações indicadas como prioritárias por uma assistência técnica internacional (ATI) de 2015, concretamente que:

- A autoridade e liderança do MINSAP saíssem reforçadas. O PNDS III deveria ser claro nas orientações para o conseguir.
- O financiamento e sustentabilidade do sistema fossem objeto de propostas bem refletidas.
- A organização do SS e do MINSAP beneficiasse de estabilidade legal e estatutária (elaboração e aprovação de uma lei de bases da saúde).
- As exigências jurídicas do reforço do SS sugeriam a necessidade de equipar um Gabinete Jurídico no MINSAP com juristas formados em direito sanitário.
- A organização do sistema deveria ser objeto de orientações precisas, alinhadas com uma maior autonomia para as RS, o HNSM e algumas outras instituições do nível central (Central de Compra de Medicamentos Essenciais - CECOME).

- A descentralização e a autonomia, entres outras razões, obrigam a rever o mapa sanitário do País.

- Se sustentem os ganhos programáticos observados, realcem as respostas necessárias para melhorar a saúde materna e neonatal, melhorar as respostas às doenças que exigem evacuação para o estrangeiro e fortaleçam as recomendações referentes à diminuição das desigualdades em saúde, implicando um forte investimento em meios complementares de diagnóstico e na formação das equipas para os fazer funcionar.

- Seja promovida a formação dos recursos humanos da saúde (RHS) no país (inicial e pós-graduada), a qualidade dos quadros formados, a inserção numa carreira digna e dinâmica, a colocação e retenção onde são necessários, o trabalho dentro de equipas com competências complementares e a aprendizagem ao longo da vida

- Se realçasse a avaliação do desempenho e que a recompensa pelo bom desempenho seja reforçada.

- A logística seja uma prioridade do PNDS III.

- Se valorize o desenvolvimento de serviços sustentáveis de manutenção dos edifícios, do parque automóvel, dos equipamentos médicos, dos painéis solares etc.

- Se continue a investir no desenvolvimento de um sistema de informação de saúde harmonizado e funcional, alinhado com as recomendações da OOAS.

- Se garanta a inclusão, no próprio PNDS III, de um plano de avaliação e monitorização.

- Uma política de colaboração com os parceiros seja consensualizada e implementada de forma a aumentar a eficiência das intervenções e a garantir a sua sustentabilidade⁵.

Uma missão da OOAS em 2016 reconheceu “A pertinência de um novo plano estratégico, a sua adequação ao novo contexto internacional e regional em matéria de saúde pública, às orientações políticas internas e às novas realidades sociodemográficas do País”.

Entre fevereiro e abril de 2017 foi conduzido por um dos autores um diagnóstico da situação de saúde na RGB que ajudou a estabelecer as prioridades para o PNDS III.

Em abril de 2017 validou-se uma nova PNS, depois de um processo que se arrastava desde 2009. Esta PNS dá orientações preciosas para a elaboração do PNDS III.

Quadro 2: Temas de saúde na estratégia do Governo até 2025

Pilotagem e gestão do sistema de saúde	Cuidados de saúde de qualidade
	Definição de políticas e estratégias do setor e mapa sanitário
	Definição de normas e procedimentos
Desenvolvimento de infraestruturas de qualidade	Requalificação do espaço do antigo hospital 3 de Agosto
Medicamentos e produtos	Reforço dos mecanismos de aquisição de medicamentos
Programas de saúde prioritários	Projeto do Secretariado Nacional de Luta Contra o SIDA
	Prevenção e Luta Contra o Paludismo
	Prevenção e Luta Contra a Tuberculose
	Programa de seguimento e desenvolvimento de saúde e nutrição na infância
	Reforço dos serviços de saúde e da qualidade da prevenção contra o VIH
	Prevenção e Luta Contra o VIH / Sida
Programas dos jovens	Saúde reprodutiva dos jovens
Programa integrado de turismo nos Bijagós	Programa integrado de infraestruturas e desenvolvimento humano (eletricidade, telecomunicações, CS, escola, centro de formação profissional)

Caixa 5: Recomendações da 1ª Conferência Nacional de Saúde

- o Elaborar e implementar a Lei de bases do sistema de saúde;
- o Rever a política nacional da saúde e o PNDS II;
- o Atualizar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (PNDRHS);
- o Mobilizar recursos financeiros para a implementação do PNDS II e PNDRHS II;
- o Elaborar a política da gestão e manutenção das instalações e equipamentos de saúde;
- o Elaborar regulamentos para o funcionamento das ES;
- o Criar uma Agência Nacional da Vigilância Sanitária;
- o Atualizar o mapa sanitário;
- o Adotar e aprovar o projeto dos estatutos do Hospital Nacional Simão Mendes no Conselho de Ministro;
- o Redefinir a constituição da Equipa Regional da Saúde (seus integrantes);
- o Coordenar as atividades dos programas em diferentes níveis de implementação (central, regional e local);
- o Assegurar a Implementação efetiva e contínua do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde nas estratégias avançadas nas AS de difícil acesso;
- o Garantir o transporte para as evacuações das grávidas e doentes principalmente nas RS de difícil acesso e nas ilhas;
- o Recuperar os centros de saúde (CS) em estado de degradação;
- o Requalificar e redefinir os postos sanitários;
- o Equipar as estruturas de saúde de acordo com as suas características (Hospitais de Referência, CS tipo A, B e C);
- o Dotar os Hospitais de equipamentos de diagnósticos adequados;
- o Formar e especializar os trabalhadores em quantidade e qualidade suficientes;
- o Assegurar a continuidade da procura das estruturas de prestação de serviços e dos cuidados através da mobilização social;
- o Elaborar e implementar o regulamento e estatutos para cada nível de prestação de cuidados de saúde;
- o Assegurar o investimento nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (reabilitação e equipamentos e materiais médicos);
- o Implementar a carreira dos trabalhadores de saúde (revisão de critérios de enquadramento);
- o Rever as formas de incentivos dos técnicos colocados nos locais de difícil acesso;
- o Implementar os mecanismos previstos no estatuto disciplinar relativamente à responsabilização dos técnicos;
- o Criar um gabinete de contencioso junto à Inspeção-geral para Assuntos da Saúde (IGAS) e descentralizar os Serviços da Inspeção para as RS;
- o Responsabilizar os trabalhadores da Saúde pelos seus atos profissionais na emissão das juntas médicas falsas;
- o Criar um gabinete de coordenação das atividades das ONG's que intervém na área da saúde;
- o Regular a atuação das ONG's no domínio da saúde;
- o Implicar as Direções Regionais de Saúde na coordenação e supervisão das atividades das ONG's;
- o Reforçar a Coordenação com os parceiros;
- o Fazer funcionar o centro da telemedicina;
- o Rever os acordos de evacuação de pacientes e identificar novos parceiros;
- o Rever o regulamento de funcionamento de Junta Médica Nacional;
- o Facilitar a junta médica para os trabalhadores da Saúde;
- o Criar centros de acolhimentos em Lisboa para os doentes evacuados;
- o Regular o funcionamento da comissão nacional da junta médica (com participação de todos os intervenientes no setor);
- o Criar mecanismo de parceria de evacuação dos utentes aos países de Sub-Região;
- o Rever o acordo de parceria assinado com Portugal no domínio da evacuação de doentes.

Processos de elaboração dos PNDS

Estes processos são abordados para cada um dos três períodos em consideração.

PNDS I

No contexto do PRGS foi treinada uma equipa de “Animadores” em planeamento e gestão. Este treinamento desenrolou-se no MINSAP com o apoio de técnicos da OMS-Genebra no âmbito do então chamado programa “*Intensified Cooperation with Countries*”. Depois da formação, constituiu-se a Rede de Animadores do PRGS com tarefas específicas de formar as Equipas Regionais de Saúde (ERS) em planeamento e gestão. Para isso deslocavam-se periodicamente às RS de acordo com um plano de atividades aprovado pelo MINSAP juntamente com a OMS. Os resultados do PRGS foram:

- Criação de equipas a nível regional;
 - Desenvolvimento de uma certa polivalência entre os membros das equipas;
 - Trabalho em equipa na resolução dos problemas percebidos como prioritários para o desenvolvimento sanitário da respetiva região;
 - Planos operacionais bem elaborados nas RS implicadas;
 - Associação estreita dos parceiros locais ao processo, o que teve frequentemente um impacto muito positivo sobre os recursos disponíveis nas regiões (integração de certas atividades, como a formação contínua e a supervisão do pessoal dos centros de saúde);
 - Reorganização dos sistemas de saúde regionais criando a necessidade de uma certa harmonização.
- O PRGS não conseguiu ultrapassar o grau de autoridade e autonomia muito limitado das RS.

Na sequência destes resultados, iniciou-se em 1993 no MINSAP a reflexão sobre a melhor maneira de gerir o próprio sistema nacional de saúde. Ao Departamento de Planeamento e Cooperação Internacional foi incumbida a tarefa de pilotar o processo de elaboração do PNDS orientado para o setor público da saúde. As finalidades incluíam:

- Garantir as disponibilidades financeiras para se cumprir a totalidade das obrigações relativamente à prestação de cuidados de saúde;
- Definir objetivos que não fossem quase exclusivamente destinados à resolução dos problemas mais urgentes;
- Melhorar a integração e coordenação na gestão dos serviços de saúde e a participação dos setores afins;
- Diminuir e/ou erradicar disparidades entre RS no acesso a recursos;
- Melhorar a motivação do pessoal.

As principais etapas deste processo foram:

I. Realização de um seminário para a elaboração do Manual de Planeamento. Neste seminário participaram os Animadores da Rede do PRGS, alguns membros das ERS e responsáveis de alguns Departamentos do MINSAP: o de Planeamento e Cooperação, da Saúde Pública, o dos Recursos Humanos, da Epidemiologia e dois técnicos superiores do Ministério do Plano e Cooperação Internacional. A metodologia do planeamento foi apresentada e discutida pelos participantes com um enquadrador da OMS-Genebra. Ao fim de cinco dias de trabalho, a equipa de redação constituída (Grupo de Consolidação) trabalhou sobre o Manual, editando uma versão preliminar que foi distribuída aos participantes para apreciação e comentários. Recebidas as contribuições, editou-se a versão final que se multiplicou em exemplares suficientes que foram depois distribuídos aos serviços centrais e regionais de saúde.

II. Criação no MINSAP, no Departamento de Planeamento e Cooperação, de uma equipa denominada Grupo de Consolidação do PNDS coordenado por um Coordenador que reportava ao Diretor-geral do Planeamento. O Grupo de Consolidação tinha por tarefa não só redigir o PNDS mas também dar orientações metodológicas às diferentes equipas envolvidas no processo de planeamento. Por exemplo, apoiaram as regiões no desenvolvimento dos seus Perfis Sanitários, Análise da Situação, Estabelecimento de Prioridades, Objetivos, Estratégias, Indicadores de Avaliação, Cronogramas de Atividades e Orçamento. Durante este período sentiu-se muitas vezes a necessidade de recrutar assistência técnica (AT) do exterior. Assim, realizaram-se missões de especialistas nos domínios de Economia da Saúde, do Sistema de Informação, de Informação, Educação e Comunicação (IEC), Recursos Humanos, Administração Hospitalar e dos Programas de Luta contra as Doenças Transmissíveis (Paludismo, Tuberculose, Oncocercose,

VIH/SIDA), Materno-Infantil e Engenharia Sanitária e Saneamento.

III. Depois de esboçados os Planos Regionais de Saúde, foi organizado e realizado um Primeiro Seminário. Nele tomaram parte as ERS, os representantes das organizações de cooperação, os responsáveis dos Hospitais e dos Programas Nacionais. Foi um Seminário Intersectorial durante o qual os participantes discutiram até ao pormenor o “O diagnóstico do Sector da Saúde”. Depois deste Seminário, os pontos de consenso foram utilizados para a elaboração do Tomo I do PNDS, contendo duas partes: a primeira sobre o “O Diagnóstico da Situação” e a segunda, sobre “O Resumo do Perfil Sanitário, Prioridades e Estratégias Fundamentais”.

IV. Outros seminários e reuniões foram intercalados e realizados para debates de áreas da saúde mais complexas. Assim, realizaram-se seminários sobre “O Sistema de Saúde no Sector Autónomo de Bissau (a capital), “O Desenvolvimento dos Recursos Humanos” e “A Coordenação da Ajuda Externa e Negociação”. Realizou-se também um seminário com a participação de todos os Diretores-gerais dos Ministérios das Finanças, da Função Pública e Trabalho, dos Negócios Estrangeiros, do Plano e Cooperação Internacional, da Educação Nacional, das Mulheres, do Desporto, do Turismo, da Cultura, das Águas, Indústria, da Agricultura, da Pesca, do Comércio, do Interior, da Justiça e da Informação. Depois, fez-se uma reunião com os representantes das Agências Internacionais e de Cooperação Bilateral e Multilateral: a OMS, o FNUAP, o UNICEF, o PAM (Programa Alimentar Mundial), o Banco Mundial, o PNUD, a Suécia, a França, Portugal, a China (Formosa), os Países Baixos e a Dinamarca.

V. Com as contribuições obtidas de todos os participantes implicados, elaborou-se o Tomo II do PNDS: O PNDS 1997-2001. Este Tomo continha: Objetivos, Estratégias e as Atividades Principais; Organização do Sistema Nacional de Saúde; Organização das Regiões e a dos Cuidados Diferenciados a Nível Central; Especificidades Regionais; O Apoio Operacional do Nível Central às Regiões; Desenvolvimento e Formação dos Recursos Humanos; IEC e Colaboração Intersectorial; a Gestão do PNDS a Nível Nacional; O Orçamento 1997-2001.

VI. O Grupo de Consolidação fez a revisão dos documentos, a sua validação intergovernamental num seminário para os Diretores-gerais dos outros Ministérios (realizada em Fevereiro de 1997), e a sua apresentação ao Ministro que inscreveu o seu debate num dos Conselhos de Ministros. Finalmente a versão foi preparada e distribuída a todos os intervenientes no Processo. A Consulta Sectorial foi organizada com a comunidade dadora de fundos para a apresentação e aprovação do Plano. Foi assim que o PNDS foi aprovado em 1997.

Caixa 6: Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)

No passado não existiram planejamento e gestão de recursos humanos (RH) da saúde por várias razões, entre elas:

- A prioridade dada aos RH limitava-se a aspetos de produção da força de trabalho através da sua formação;
- O desenvolvimento de uma verdadeira política de RH, os processos de planeamento e, mesmo, as decisões sobre medidas institucionais de gestão de RH, nunca foram objeto de grande atenção.
- O Departamento responsável pelos RH, o qual teve diversas designações e posições na orgânica do MINSAP ao longo dos anos, ocupava-se sobretudo das tarefas impostas pela administração corrente, não organizando os aspetos mais elementares da informação sobre os efetivos, como é o caso do arquivo dos documentos de contratação ou dos documentos elementares de identificação, em processos individuais.
- Ausência de definição do SS (funções dos diferentes níveis, do PMA e da carga de trabalho);
- Funções e autoridade da DRH pouco claras.

A implementação de um sistema de informação e a disponibilidade de meios informáticos adequados, bem como um grande esforço coletivo para inventariar a situação, tornou possível a obtenção de dados utilizados na elaboração de um 1º PNDRHS.

O PNDS previa um órgão consultivo para a área de planeamento, o Comité de Gestão, cuja finalidade seria preparar o parecer técnico sobre os planos operacionais e estratégicos das RS, dos serviços centrais e das instituições personalizadas, para além do parecer sobre os acordos de cooperação. A composição deste Comité ilustra bem a especificidade dos relacionamentos no sistema. Assim, os membros permanentes seriam os dois Diretores-gerais, o Diretor dos Cuidados Primários de Saúde, dos Serviços de Higiene e Epidemiologia, dos Recursos Humanos, da Administração e Finanças, da Planificação e da Coordenação da Ajuda Externa. Os não permanentes viriam das Direções Regionais, das outras Direções de Serviço ou dum dos Serviços conforme a agenda da respetiva sessão.

As informações foram obtidas do Serviço de Epidemiologia ou de estudos, inquéritos, sondagens e entrevistas.

Durante a elaboração do PNDS existiu um orçamento próprio destinado à contratação da AT em vários domínios, aquisição de recursos materiais e reforço da logística.

A abordagem foi-se assim diferenciando daquilo que acontecia nos anos 80, quando o Ministério do Plano, através dos Gabinetes de Estudos e Planeamento setoriais, solicitava o envio de informações e depois enviava o formato para a elaboração das necessidades do MINSAP, só depois incorporando o Sector Saúde no Plano Quadrienal de então. Organizava-se então uma consulta com os financiadores onde tomavam parte todos os setores. Decidia-se o futuro dos beneficiários sem que estes tivessem algo a dizer. A abordagem desenvolvida pelo MINSAP, embora não tenha abrangido suficientemente o leque da população, foi considerada uma abordagem *bottom-up*, participativa e abrangente.

Todo este processo demorou sete anos, três dos quais na elaboração do PNDS.

A este processo esteve acoplado o planeamento da força de trabalho da saúde da RGB (Caixa 6).

A implementação destes Planos foi cerceada pelo con-

flito político-militar de 1998 e pela instabilidade que desde então se instalou no País. No entanto, os dois tomos do PNDS I (e um documento síntese de divulgação) e o do PNDRHS I foram amplamente divulgados e mantiveram-se, até hoje, referências de trabalho para muitos dos dirigentes do sistema de saúde guineense.

PNDS II

Para a efetivação do processo de elaboração do segundo PNDS, o MINSAP contou com o apoio dos técnicos nacionais, com a participação ativa das Regiões, tendo também recorrido a AT e financeira dos organismos e agências internacionais parceiros, nomeadamente OMS, FNUAP, UNICEF, Fundação Calouste Gulbenkian, Banco Mundial e a Cooperação Francesa. A Cooperação Portuguesa através do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) prestou apoio técnico ao processo de avaliação do PNDS I, de revisão final do documento do PNDS II, assim como à redação do anexo referente ao segundo Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS e sua orçamentação.

Neste quadro, esteve no país de 12 a 19 de Janeiro de 2007, a primeira missão conjunta da OMS e UNICEF de apoio ao lançamento do processo de elaboração do PNDS II, cuja finalidade foi discutir, com as autoridades nacionais, o estabelecimento de um calendário de ações de curto prazo (8-9 meses) até à obtenção do documento final e sua apresentação formal numa Consulta Setorial com todos os parceiros de desenvolvimento. A missão tinha como objetivos proceder ao lançamento formal do processo a nível nacional; definir mecanismos de apoio às RS e Programas; estabelecer etapas e adotar um calendário integrado com todas as ações; e estimar as necessidades financeiras e em AT permanente e intermitente para o suporte de todo o processo.

Outras quatro missões de apoio técnico foram realizadas, tanto nas áreas de conceção e desenvolvimento do PNDS, como na área de orçamentação do referido plano.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, foi criado um Comitê de Pilotagem baseado na estrutura que pilotou todo o processo do primeiro DENARP. O Comitê de Pilotagem do PNDS II foi presidido pelo Ministro da Economia e Integração Regional, com o envolvimento ativo do Ministério das Finanças. Fizeram parte deste órgão todos os parceiros nacionais e internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento. Sendo o Comitê de Pilotagem uma estrutura de decisão política, foi criada uma Comissão Técnica Nacional de Coordenação, cuja composição e atribuições foram definidas por um despacho da Ministra da Saúde Pública. A Comissão Técnica foi presidida pelos dois Diretores-gerais do MINSAP e fizeram parte dela, além dos diretores nacionais dos serviços técnicos deste ministério, a Unidade de Coordenação do DENARP junto do Ministério da Economia e parceiros técnicos e financeiros (OMS, FNUAP e UNICEF). Como estruturas mais operacionais e de trabalhos técnicos foram criados quatro grupos temáticos com os respectivos termos de referência, cabendo a cada grupo a recolha de informação necessária para a análise da situação e, em seguida, a proposta de estratégias e objetivos para os anos vindouros. Os grupos temáticos definidos foram:

I. Grupo temático I: Prestação de Serviços e Emergências (Prestação de Serviços, Instalações, Equipamentos e Medicamentos, Promoção da Saúde (IEC), Saúde Ambiental e Emergências);

II. Grupo temático II: Administração Geral (Governança), Sistema de Informação Sanitária (SIS) incluindo pesquisa no sistema de saúde e Monitorização & Avaliação (M&A);

III. Grupo temático III: Financiamento da Saúde e Parcerias (Análise Macroeconómica, Social, Política; Parcerias);

IV. Grupo temático IV: Recursos Humanos (Políticas, Gestão, Formação e Sistema de Informação de pessoal).

Sendo um trabalho participativo, com produção de informação por parte de cada grupo, sentiu-se a necessidade de consolidação e harmonização de todos esses trabalhos de grupo. Foi assim que surgiu a necessidade de uma maior gestão prática de todo o processo de desenvolvimento do documento de PNDS II até ao seu produto final, o que levou a Comissão Técnica a propor a criação, no seu seio, de um pequeno grupo composto por três técnicos o qual passou a designar-se de “Grupo de Consolidação (GC) do PNDS II” tido, a partir desse momento, como uma estrutura operacional e permanente da comissão técnica. O GC passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Foi conseguida uma maior abertura à participação de

mais pessoas e organizações na sua conceção e realização como forma de promover uma maior responsabilização de todos os interessados/envolvidos.

Foi consensual que a Análise da Situação Sanitária, a definição dos Objetivos e as Opções Estratégicas se fizessem em conformidade com o DENARP I, enquanto documento orientador da estratégia de desenvolvimento nacional (ver caixa 4).

Todo o processo de elaboração do PNDS II teve em conta a mudança do contexto no financiamento da saúde (pós Programa de Ajustamento Estrutural), dos recursos disponíveis devido à redução da dívida pública e às expectativas e oportunidades oferecidas pelos grandes parceiros, bem como as modalidades de apoio estabelecidas no quadro de cooperação a diferentes níveis, incluindo o apoio direto ao Orçamento Geral do Estado.

O Governo assumiu a liderança de todo o processo, traduzido pela presença da Ministra da Saúde nas reuniões técnicas da Comissão de Coordenação e pela direção do Ministro da Economia das reuniões do Comitê de Pilotagem.

As principais etapas do trabalho foram: Análise da Situação, Determinação dos Objetivos, Prioridades e Estratégias, estimativa dos recursos necessários, adoção do Plano pelo Governo e pela Assembleia Nacional Popular e sua divulgação entre os parceiros e sociedade civil.

A validação do PNDS II foi feita em dois momentos: a validação da Análise da Situação, dos Objetivos e escolha das Estratégias pela comissão técnica com a participação de todas as RS e parceiros técnicos do MINSAP; e a validação do Documento Final pelo Comitê de Pilotagem.

O processo durou cerca de 1 ano. A este processo esteve associada a elaboração do segundo PNDRHS, que foi concebido como um anexo técnico do PNDS II.

Na sequência da crise política de dezembro de 2008, nunca foi formalmente adotado pelo Conselho de Ministros. Foram publicados cerca de 100 cópias em papel pela OMS para divulgação do documento, o qual se manteve maioritariamente desconhecido dos dirigentes do setor. Mesmo assim, com o apoio do Banco Mundial e do GAVI-RSS, desenvolveu-se, a partir de 2009, um processo de Planeamento Regional e de elaboração de uma nova PNS, processos que foram abortados pelo golpe de Estado de abril de 2012.

PNDS III

A elaboração do PNDS III está a decorrer em paralelo com a elaboração do presente artigo, num momento de crise política que envolve a falta de diálogo entre as forças políticas e entre os órgãos do Estado.

Para a elaboração do PNDS III, o MINSAP conta com

o apoio participativo dos técnicos nacionais, das RS, tendo também recorrido a AT – três AT, duas nacionais e uma internacional - e financeira dos organismos e agências internacionais parceiras, nomeadamente a UE, a OMS, a UNICEF e a OOAS.

Em termos organizacionais e de liderança do processo, por despacho do Ministro da Saúde, foram criados um Comité de Pilotagem e uma Comissão Técnica de Seguimento.

O Comité de Pilotagem inclui os Ministérios da Economia, do Plano e Integração Regional (MEPIR), Finanças (MinFin), Educação e Ensino Superior (MEES), Função Pública (MINFUP), das Mulheres, Recursos Naturais e Transportes e Comunicação e Agricultura. Fazem parte deste órgão, parceiros internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde e desenvolvimento.

As 3 AT constituem um Grupo de Consolidação que passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias. Este grupo estabeleceu o calendário a seguir; garantiu que o Governo assumisse, através dos dirigentes do MINSAP, a liderança de todo o processo técnico; assegurou que o Governo mantivesse a liderança política do processo através das reuniões do Comité de Pilotagem; manteve o diálogo alargado com os dirigentes e técnicos do Sistema de Saúde, inclusive os Diretores Regionais de Saúde, os dirigentes dos MEPIR, MINFUP, MEES e MINFIN, os principais organismos e agências de cooperação internacional, incluindo as ONG, sindicatos, associações e ordens e com as duas maiores forças políticas com assento parlamentar.

O processo teve início em março de 2017 e está previsto terminar em julho do mesmo ano.

Discussão e conclusões

O planeamento estratégico na RGB emergiu com a liberalização do regime político na década de 1980, o qual gerou as oportunidades que permitiram reformas na governação, como reconhecido na literatura (Reich, 1995) criando um espaço para um processo de planeamento *bottom-up* (Silva, 1999).

Foi então reconhecida a incapacidade de conduzir um processo pelo pessoal existente nas estruturas de saúde, pelo que se investiu num prolongado período de capacitação das equipas nacionais e regionais, com apoio de diversas AT, durante três anos. Este foi alinhado com os preceitos das escolas que consideram o planeamento estratégico um procedimento de aprendizagem agregando diversos outros processos de planeamento (Mintzberg et al, 1998; Quayle, 2015). Esta dimensão do planeamento estratégico tem sido bastante notória desde

a elaboração do PNDS I a todos os níveis, nacional e regional, em que o planeamento formal, liderado pelo MINSAP, incorpora e alimenta outros ciclos de planeamento por parceiros, serviços e organismos da sociedade civil dando origem à teia de documentos (políticas, planos, programas, projetos) descritos na figura 2.

Se o PNDS pretende nortear a intervenção em saúde na RGB, torna-se ainda relevante referir que documentos de política nacional de saúde, nutrição, água/higiene e saneamento reafirmam o compromisso político da RGB para com a saúde das populações. Este compromisso pauta-se também por uma dimensão além-fronteiras, estendendo-se a abordagem estratégica aos objetivos regionais definidos, espelhados também em documentos orientadores (Republique de Guinée-Bissau, 2012). Exemplo desse compromisso com objetivos regionais e globais (os ODM) são a CARMMA - *Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa*; o POPEN - *Plan Operational de Passage a l'Echelle Nationale des interventions a haut impact (IHI) - Strategies pour l'acceleration de la reduction des mortalites maternelles, neonatales et infanto-junvenile en Guinée-Bissau*; o Plano Estratégico de Luta Contra a Malária; o Plano Estratégico contra o VIH/SIDA; o Plano Estratégico de prevenção/resposta contra a cólera 2009-2013; o Plano Diretor de água e saneamento (atualizado 2010-2020) da RGB e o Quadro Estratégico e Plano de Investimentos para alcançar os ODM de saúde, entre outros. Para a implementação e execução destes planos e estratégias entram em cena variados atores internacionais, dos quais se salientam a UE, o Banco Mundial, diversas delegações das Nações Unidas como OMS, UNAIDS, FNUAP, UNICEF, UN Women, bem como países em cooperação bilateral dos quais se salientam Portugal, Espanha e França por exemplo.

A gestão desta complexidade deveria ter sido assumida pela Célula de Gestão do PNDS, o que não tem acontecido. Isto deve-se em parte à falta de pessoal na Célula de Gestão, e também ao facto de o planeamento estratégico ser visto, não como um elemento de uma gestão estratégica dinâmica, mas como um processo contido em si próprio, que permite mobilizar fundos dos doadores e orienta outros ciclos temáticos de planeamento, nem sempre articulados com o horizonte temporal do PNDS.

Como elaborado por Mintzberg (1994), e ilustrado pela experiência do PES na RGB, o planeamento estratégico contribui também para:

- Mobilizar diversos quadrantes da sociedade em torno das agendas de saúde;
- Ganhos em conhecimento sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes;
- Clarificação das áreas prioritárias orientadoras da futura concentração/mobilização de recursos; e

- Obtenção de consensos e legitimação da visão estratégica proposta.

Originariamente desenhado de uma estratégia de desenvolvimento nacional, as edições mais recentes do PNDS (II e III) procuram orientação nos DENARP e/ou Terra Ranka, os quais definem as prioridades para o desenvolvimento nacional com um forte ênfase no combate à pobreza e nos setores sociais, incluindo a saúde. Esta tendência está enraizada na Declaração de Alma Ata, onde se afirma que “O desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (<http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declar%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>).

Conflitos de interesse

APS foi dirigente do MINSAP durante a elaboração dos PNDS I e II. TC foi dirigente do MINSAP durante a elaboração do PNDS II e fez parte da equipa da OOAS que avaliou o PNDS II. PF participou como consultor na avaliação do PNDS I, na revisão do texto do PNDS II antes da sua aprovação, na avaliação do PNDS II e na elaboração do PNDS III.

Agradecimentos

Ana Rocha pela elaboração das figuras.
O GHTM é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - UID/Multi/04413/2013.

Bibliografia

1. Bowen GA (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal* 9 (2): 27 – 40.
2. Ferrinho P (2015). Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. Apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um Roteiro para a sua revisão. Bissau, Agosto-Setembro.
3. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, Ferrinho P (2007). Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau. AGO, Lisboa.
4. Lopes da Cruz JMMA (2007). O Programa de Ajustamento Estrutural na República da Guiné-Bissau: Uma avaliação política e ética. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Estudos Africanos – Desenvolvimento Social e Económico em África: Análise e Gestão. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
5. Mintzberg H (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. New York, Free Press.
6. Mintzberg, H, Ahlstrand, B, Lampel, J (1998). *Strategy Safari—A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*. A TCI Book Review. http://www.consulttci.com/book_reviews/safari.htmlMintzberg .
7. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. (2009) *Strategy Safari: The Complete Guide Through the Wilds of Strategic Management*. FT Prentice Hall.
8. Monteiro IM (1996). O programa de ajustamento estrutural na Guiné-Bissau: análise dos efeitos sócio-económicos. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, Bissau.
9. Oliveira D (2015). *Planeamento Estratégico - Conceitos, Metodologia, Práticas - 33ª Ed.* Available from: <http://www.saraiva.com.br/planeamento-estrategico-conceitos-metodologia-praticas-33-ed-2015-8990660.html>
10. Quaye I, Osei A, Sarbah A, Abrokwah E (2015). The Applicability of the Learning School Model of Strategy Formulation (Strategy Formulation as an Emergent Process). *Open Journal of Business and Management*; 3: 135-154.
11. Reich MR (1995). The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy*; 32: 47-77.
12. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1993). *Política Nacional da Saúde*. Bissau.
13. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1997). *Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 1997-2002*. Bissau, Maio.
14. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direcção Geral do Plano e Cooperação. (2003). *Plano de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). Visão do plano 1998-2002 – revista e projectada para 2003-2007*. Bissau, Janeiro.
15. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direcção Geral de Planeamento e Coordenação de Ajudas, Direcção de Planeamento e Estatística (2005). *Plano de Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde*. Bissau, Outubro.
16. República da Guiné-Bissau, Ministério da Economia, Plano e Integração Regional (2011). *Segundo Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza – DENARP II*. Available from: http://www.gw.undp.org/DENARPII_FR.pdf.
17. República da Guiné-Bissau, Ministério Da Educação Nacional (2015). *Relatório da Situação do Sistema Educativo para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases*. Relatório de Agosto de 2015.
18. République de Guinée-Bissau (2006). *Document de Strategie Nationale de Redution de la Pauvrete (DENARP), Version Actualisée en Septembre*.
19. République de Guinée-Bissau (2012). *Plan Operationel de Passage à l'Echelle Nationale (POPEN) des Interventions à Haut Impact (IHI). Stratégies Pour l'Accelération de la Reduction des Mortalités Maternelles, Neonatales et Infanto-Juvenile en Guinée-Bissau*. Révisé en février 2012 par le Ministère de la Santé avec l'appui technique des partenaires.
20. Sangreman C, Sousa Jr, F, Zeverino G, Barros M (2006). *A evolução política recente na Guiné-Bissau: -As eleições presidenciais de 2005 -Os conflitos -O desenvolvimento - A sociedade civil*. Coleção Documentos de Trabalho n° 70. CESA, Lisboa, 2006.
21. Silva, Augusto Paulo (1999). *Planeamento Estratégico na Guiné-Bissau*. AGO, Lisboa.
22. World Health Organization. «Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva; 1981.
23. World Health Organization. *Health 21 – Health for All in the 21st Century*. Copenhagen; 1998.

Doutoramento *honoris causa*

Discurso laudatório proferido pelo Professor Doutor Luís Gomes Sambo

Luís Gomes Sambo

MD, PhD, Especialista em Saúde Pública.
Director Regional Emérito da OMS para África
e Secretário de Estado da Saúde em Angola

Discurso laudatório proferido por ocasião da cerimónia de atribuição do título de *doutor honoris causa* ao Professor Doutor Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro, cerimónia que teve lugar na reitoria da Universidade Nova de Lisboa no dia 25 de novembro de 2016.

- Mui conceituado Professor Doutor António Rendas – Magnífico Reitor da Universidade Nova de Lisboa;
- Insigne Presidente do Conselho Geral;
- Ilustres autoridades académicas e administrativas da UNL;
- Laboriosos professores, investigadores e estudantes;
- Distintos convidados

Início por manifestar o meu imenso orgulho e o mais genuíno reconhecimento pela muito honrosa incumbência que me foi conferida, em sede da presente cerimónia, de discorrer sobre o brilhante percurso de um médico e cientista, dotado de uma invulgar estatura e indizível atavio intelectual.

Sinto-me gratificado por um privilégio que releva da generosidade de autoridades académicas aqui presentes que neste sentido decidiram. Refiro-me objectivamente ao nosso Magnífico Reitor, o Professor Doutor António Rendas e ao Director do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, o Professor Doutor Paulo Ferrinho: dois respeitáveis académicos por quem nutro uma irreprimível admiração, pela forma intransigente como vêm pugnando pelo prestígio da ciência e a nobreza do saber.

Estendo também a minha saudação às distintas autoridades académicas e administrativas da Universidade Nova de Lisboa, aos ilustres Professores Universitários aqui presentes, e aos representantes do corpo discente.

Aproveito o ensejo para recordar o quão relevante se mostra o papel da Universidade na formação de médicos e outros profissionais com vista à produção de competências, opiniões qualificadas e ideias inovadoras acerca da saúde e da medicina, sem descuidar das suas determinantes política, económica e social e da complexidade que lhes está imanente.

Confesso que me gratifica sobremaneira, oferecer o meu singelo alvitre para esta inolvidável efeméride, através de uma intervenção laudatícia em homenagem a um eminente médico, académico e investigador oriundo da República Federativa do Brasil.

Sinto-me assaz emocionado e deveras empenhado, pelo que rogo a Vossa indulgência, porquanto nada de sábio tenho para vos oferecer. Ademais, encontram-se nesta distinta plateia, uma constelação de quadros de incontestável envergadura científica e académica que estariam em melhores condições para proferir o presente discurso.

Depois deste breve preâmbulo, com a devida vénia ao nosso Magnífico Reitor, saúdo efusivamente o nosso laureado. Trata-se do Professor Doutor Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro, afecto ao Instituto Oswaldo Cruz, dentro do qual evoluiu, calcorreando por mérito próprio o longo percurso desde Investigador Assistente a Director da instituição.

Antes de encerrar esta segunda ordem de considerações, gostaria de realçar as realizações e os feitos mais probantes atribuídos ao laureado no seu percurso na área da medicina, nomeadamente, as suas contribuições para as ciências médicas no domínio da imunologia parasitária; no ensino, como professor universitário e orientador de mestrados e doutorandos; e no desenvolvimento da capacidade institucional do Instituto Oswaldo Cruz.

Para a elaboração da presente intervenção, fiz recurso mormente ao seu CV com cerca de 120 páginas e de múltiplas referências estatuídas em livros, revistas, internet e vídeos. Tive igualmente o grato privilégio de obter de certos colegas, outras referências de indiscutível mérito e fiabilidade. Neste contexto, procurarei discorrer a trajectória do laureado, com algumas incursões no domínio das relações sociais e da cooperação internacional que muito contribuíram para o enriquecimento da sua pessoa e prestígio do seu país.

Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro é o segundo filho de Ayrton Daniel-Ribeiro e de Lia Catão Ribeiro, nascido em 19 de Agosto de 1952, na Maternidade Santa Lúcia, em Lins de Vasconcelos, Rio de Janeiro no Brasil. Reconhecendo a importância do apoio familiar para o sucesso da sua obra, permitam-me uma pausa, para referenciar a presença nesta sala da sua esposa Patrícia Brasil – médica

infeciologista e das suas duas irmãs Cássia Maria e Regina Aparecida, ambas arquitectas a quem saúdo de forma muito calorosa.

Licenciado em medicina em 1976, o Doutor Daniel-Ribeiro realizou o internato de medicina no Hospital de Clínicas Gaffreé e logo em 1978 obteve o Diploma Universitário de Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina Pitié-Salpêtrière da Universidade Pierre et Marie Curie – Paris VI.

Em 1981, sob os auspícios da mesma Universidade, concluiu o seu Mestrado sobre Estudos e Investigação em Biologia Humana na opção de imunologia, desenvolvendo paralelamente estudos complementares para o aprofundamento dos seus conhecimentos no domínio da parasitologia, imuno-hematologia e imuno-genética.

Em 1983, concluiu o seu Doutoramento em Biologia Humana na opção imunologia, pela Universidade – Paris VI com menção muito honrosa. Enquanto realizava o doutoramento em França, frequentou estágios de interesse no laboratório de parasitologia biomédica no Institut Pasteur; no Serviço de parasitologia e micologia do Professor Marc Gentilini do Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière; no laboratório de zoologia no Museum d’Histoire Naturelle; e no Laboratoire Central d’Hematologie et Immunologie de l’Hopital Saint-Antoine.

O homenageado foi bolseiro do prestigiado Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Brasil, como doutorando, e da Fondation Pour la Recherche Médicale Française.

O Professor Doutor Daniel-Ribeiro arrebatou várias distinções e títulos honoríficos entre os quais destacamos:

- Vencedor do VI Prémio Sendas de Saúde, Brasil, 1997;
- Membro Titular da Academia Nacional de Medicina, Brasil, 2010;
- Chevalier dans l’Ordre des Palmes Académiques, França, 2012;
- Médaille de la Société Française de Pathologie Exotique, França, 2016.

Ele é autor e co-autor de cerca de 200 trabalhos científicos publicados em revistas científicas indexadas, livros, teses, monografias e anais de referência de consumo obrigatório. Realizou mais de 300 comunicações em congressos e participou no Conselho Editorial de 10 revistas e jornais científicos. Neste contexto, destacamos o seu contributo, como:

- Membro do Conselho Científico da revista Parasite, 1994;
- Presidente do Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, 2012;
- Membro do Comité Técnico-Científico para a gestão da Rede Brasileira de Pesquisa em Malária, 2009;

- Membro do Corpo Editorial da Revista “Frontiers in Microbiology and Immunology”, 2016.

No pelouro da docência, que também lhe serve de fonte de inspiração e estudo, o nosso laureado é Professor Universitário e coordenou durante 23 anos (desde 1998), a disciplina de Imunologia Geral e coordena desde 2002 a disciplina de Malariologia Fundamental no Instituto Osvaldo Cruz. Ainda no mesmo âmbito, faço uma frisante referência às suas funções de coordenador dos Seminários anuais Laveran & Deane sobre Malária desde 1995.

Por outro lado, é com um incontido regozijo que me dirijo a Vossas Excelências para assegurar que o Doutor Daniel-Ribeiro tem dedicado grande parte da sua obra ao estudo da imunologia parasitária. A malária domina a maior parte das suas publicações científicas desde a sua história natural aos aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos. O seu interesse pela investigação não ficou por aqui. Ele pesquisou também sobre outras questões científicas, como a autoimunidade e as neurociências.

- Magnífico Reitor,
- Excelências
- Ilustres professores ,
- Distintos convidados

O Professor Daniel-Ribeiro é membro de várias organizações científicas entre as quais:

- American Society of Tropical Medicine and Hygiene;
- Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene;
- Société Française d’Immunologie; e a
- Sociedade Brasileira de Malariologia;

Relembro, outrossim, o seu papel proeminente na animação da rede da CPLP de investigadores-malariologistas que integram figuras de destaque, tais como o Professor Virgílio do Rosário de Portugal e o meu prezado concidadão, Professor Doutor Filomeno Fortes.

Em suma, esta é apenas uma síntese biográfica deste notável e destacado médico, investigador, académico e sobretudo um intrépido servidor da comunidade.

- Magnífico Reitor,
- Excelências
- Ilustres professores ,
- Distintos convidados

Embora correndo o inevitável risco de repetir ideias que foram expandidas por outrem e mesmo por mim, não

se me afigura descabido efectuar uma pequena reflexão acerca do momentoso flagelo da malária.

A OMS estima anualmente a ocorrência de 214 milhões de casos e cerca de 500.000 óbitos, com especial incidência sobre a parte do globo que o Professor Marc Gentilini designou sugestivamente de “cintura da pobreza”; e onde a África Sub Saariana detém 80% dos casos e 90% dos óbitos reportados a nível mundial. A malária incapacita e ceifa sobretudo as populações mais indigentes e vulneráveis em especial crianças e mulheres grávidas.

Esta doença quase tão antiga como a humanidade, foi descrita nos livros de Hipócrates assim como os seus Aforismos. Nessa altura acreditava-se que a etiologia da malária era atribuída a uma alga miasmática dos pântanos. Graças à investigação científica, Alphonse Laveran descobriu no norte de África em 1880 o agente etiológico da malária tendo lhe atribuído o nome de *Oscillaria malarie*, o que lhe valeu o prémio Nobel da medicina de 1907. Ademais, Ronald Ross descobriu em 1897 que o vector da malária é de facto um mosquito. Estas duas foram determinantes na definição da estratégia de luta contra a malária.

Contudo, desde o uso empírico da planta *Artemisia anua* há mais de 1500 anos pela medicina chinesa, à ministração actual das terapias combinadas baseadas na artemisinina, a malária continua a ser um problema de saúde pública, que se distribui de forma desigual e injusta no mundo se olharmos para as suas determinantes e acesso aos meios actuais de prevenção e tratamento. Gostaria de citar o Professor Marc Gentilini que alertou que “o combate contra a malária impõe-se como um dever de justiça”.

Os efeitos sociais, económicos e políticos da malária são perversos e devastadores.

Necessitamos de uma abordagem interdisciplinar e de mais investimentos na investigação, para interpelarmos a ciência com mais destreza; e produzirmos novas ferramentas que respondam com mais rigor a demanda que clama e reclama por meios de combate mais eficazes contra a malária.

John Lock (1690 – na sua obra intitulada *Ensaio sobre a Compreensão Humana*) disse que “o conhecimento não pode ir para além das ideias”. Eu, estou convicto que é a investigação científica que as aproxima podendo mesmo levar à mudança de paradigma.

- Excelências
- Distintos académicos e investigadores
- Ilustres convidados

Perante a premência da malária no mundo, e em particular na África Subsaariana e também na zona amazónica do Brasil, o Professor Doutor Daniel-Ribeiro encontrou motivação e o infrangível desejo e dever de servir à hu-

manidade, trazendo contributos indeléveis aos conhecimentos sobre imunologia parasitária, nomeadamente na compreensão dos aspectos imuno-hematológicos e imuno-químicos da malária.

Permitam-me reiterar que o compromisso e os créditos do Professor Daniel Ribeiro, nesta luta, foram apreciáveis.

- Magnífico Reitor;
- Excelências

- Distintos convidados

Reunidos na totalidade os pressupostos exigidos pelas normas académicas e procedimentos administrativos, reitero à V. Excelência, Magnífico Reitor, o nosso propósito em acolher o Professor Doutor Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro e consagrá-lo de forma percebida como Doutor *Honoris Causa* da Universidade Nova de Lisboa.
Bem haja!

Doutoramento *honoris causa*

Discurso de investidura do Professor Doutor Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro

Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro

Pesquisador Titular e ex-Diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC),
Fundação Oswaldo Cruz e Membro da Academia Nacional de Medicina

Discurso proferido pelo Professor Doutor Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro na cerimónia em que lhe foi atribuído o título de Doutor *Honoris Causa* pela Universidade Nova de Lisboa.

- Senhor Professor Doutor António Manuel Bensabat Rendas, Magnífico Reitor da Universidade Nova de Lisboa (NOVA);
- Senhor Professor Doutor Eduardo Romano de Arantes e Oliveira, Presidente do Conselho Geral da NOVA;
- Senhor Embaixador do Brasil em Portugal, Embaixador Luiz Alberto Figueiredo Machado;
- Senhor Embaixador do Brasil junto à CPLP, Embaixador Gonçalo de Barros Carvalho e Mello Mourão;
- Querido amigo Professor Doutor Paulo Ferrinho, Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da NOVA e
- Querida Madrinha, Professora Doutora Maria do Rosário Fraga de Oliveira Martins; responsáveis pela indicação de meu nome para esta honraria;
- Senhor Professor Doutor Luís Gomes Sambo, Ministro de Saúde de Angola e Professor Catedrático do IHMT, no âmbito da *Gulbenkian Professorship in Global Health*;
- Caras amigas Professoras Doutoradas Zulmira Hartz e Lenea Campino, respectivamente Vice-Diretora e Presidente do Conselho científico do IHMT;
- Senhor Professor José Luiz Gomes do Amaral, meu confrade na Academia Nacional de Medicina do Brasil, que aqui a representa;
- Meus amigos que se deslocaram do estrangeiro para esta homenagem, a quem saúdo nas figuras do Professor Candido Antonio Mendes de Almeida (Reitor da Universidade Candido Mendes) do Brasil, do Professor Santiago Mas-Coma (Presidente da Federação Internacional de Medicina Tropical, IFTM) da Espanha e do Professor Stephane Picot (Chefe de Serviço da Universidade de Lyon) da França;
- Demais autoridades políticas e universitárias presentes;
- Queridos amigos e familiares, aqui representados por minhas irmãs; Cássia e Regina e minha esposa e companheira, a Doutora Patrícia Brasil;
- Meus novos colegas da NOVA, Senhoras e senhores:

Obrigado, Professor Luís Sambo, por essa apresentação generosa de minha dedicada luta e modestas contribuições no cenário do ensino e pesquisa em prol da malariologia brasileira e mundial.

Devo começar manifestando minha mais emocionada gratidão pela honra que me fazem os Professores Doutores Paulo Ferrinho, Rosário Martins e Lenea Campino, que propuseram o meu nome para tão briosa distinção. Professor António Rendas e Professor Arantes de Oliveira, Presidente do Conselho Geral da NOVA, sejam assegurados do meu reconhecimento mais sincero pela possibilidade que me é franqueada de ingressar na prestigiosa Universidade Nova de Lisboa pelos virtuosos portais do Doutorado *Honoris causa*. É uma alegria inebriante, além de um orgulho extremo, ser reconhecido e aceito por essa jovem Universidade, que se sobressai nas lideranças das Universidades de um País que teve a primeira delas fundada em 1289. De acordo com o ranking universitário *QS Top World Universities* de 2016, a NOVA é a 366ª Universidade (em 916 analisadas) e está entre as 100 primeiras com menos de 50 anos no Mundo. Com seus 37 cursos de graduação, 187 de pós-graduação e quase 19.000 alunos, a NOVA tem hoje uma investigação competitiva no plano internacional e um ensino de excelência em diversos campos do conhecimento humano.

A altanaria é ainda maior, Professores Rendas, Ferrinho e Martins, ao ponderar que vossa generosa acolhida como um dos vossos, me coloca ao lado de grandes personalidades do cenário internacional, também Doutores *Honoris Causa* desta Universidade. Penso em Kofi (Atta) Annan, diplomata de Gana, sétimo secretário-geral da Organização das Nações Unidas (1997-2007) e Prêmio Nobel da Paz (2001). Penso no biólogo e geneticista francês François Jacob (1920-2013), do *Institut Pasteur*, em Paris, laureado, com Monod e Lwoff, com o Nobel de Fisiologia ou Medicina (1965) por seus trabalho nos mecanismos genéticos e efeitos bioquímicos das mutações bacterianas. Penso no Professor Doutor Luís Sambo, que enche meu peito de honra e meu coração de júbilo ao me dirigir a saudação de acolhida. O Doutor Sambo, médico Angolano especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de Angola com doutorado em Gestão pela Universidade de Hull (Reino Unido), foi diretor regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a África (2005-2015). A lista é impressionante, mas me permito citar ainda só o escritor, jornalista, ensaísta e político Peruano Jorge (Mario Pedro) Vargas Llosa, laureado com o Nobel de Literatura (2010) e o Doutor Jean Dausset (1916-2009), também imunologista, que conheci na França e recebi no Brasil, Professor da Universidade de Paris VII e Premio Nobel de Fisiologia ou Medicina (1980) pela sua descoberta do sistema gênico HLA, complexo principal de histocompatibilidade em humanos. Se considerarmos somente os Brasileiros, quatro dos 94 galardoados desde o primeiro Doutorado HC desta casa, em 1980, tenho ainda mais razões para minha irrestrita honra. O Professor Paulo Marchiori Buss, um dos mais

cultuados Sanitaristas Brasileiros, ex-Presidente, colega na Fiocruz e confrade na Academia Nacional de Medicina no Brasil, precedeu-me recebendo este título em 2011. Também fazem parte dessa seleta galeria: o Almirante carioca Max Justo Guedes (1927-2011; Dr.HC em 1999), ícone das Historiografias Naval e Cartográfica Brasileiras e elo brasileiro com os estudos do historiador português Jaime Cortesão; o Compositor e Maestro Antonio Carlos (Brasileiro de Almeida) Jobim, (1927-1994), insuperável expoente da música popular brasileira e pai da “Garota de Ipanema” (1993) e o anatomista paulista, Liberato João Alfonso Di Dio (1920-2004), o “Anatomista do Século XX”, segundo diversas Instituições e Revista médicas e o “Pai da nomenclatura anatômica” por ter encabeçado, com mais 20 anatomistas no mundo, de 1950-1997, a compilação de dados que resultou na globalização da nomenclatura de anatomia (1987).

Parafraseando Paulo Buss, em seu discurso de posse, eu perguntaria: - “Podem imaginar todos vocês, meus amigos, a imerecida honra de ingressar agora nesta seleta galeria de personalidades da Universidade Nova de Lisboa?”

É uma honra também compartilhar esta tarde de alegria com o Professor Doutor Alejandro Portes, Professor Emérito da Universidade de Princeton e Professor Investigador da Universidade de Miami, um dos mais proeminentes sociólogos Norte-Americanos e autor de contribuições relevantes para a teoria sociológica com obra destacada nos domínios da sociologia económica. O Professor Portes recebeu o Prêmio *James Coleman Fellow* atribuído pela Associação Americana de Sociologia e o Prêmio W.E. Dubois pela Carreira Distinguida de Acadêmico conferido pela Associação Americana de Sociologia.

O Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Unidade Orgânica da NOVA desde 1980, fez apenas três indicações para este título até hoje; os Professores Luís Sambo e Paulo Buss, que já mencionei, e o médico e antropólogo epidemiologista Dinamarquês Peter Aaby, em 2015. O IHMT foi criado, em 1902, apenas dois anos depois do Instituto Oswaldo Cruz, onde trabalho há 33 anos, mas, visto por mim, ele é Casa de amigos. Conheci Virgílio do Rosário em Belém do Pará, onde ele residia e participava de um grande projeto de ensaio da mefloquina para o tratamento da malária *falciparum* - promovido pela OMS, e onde eu vou, intermitentemente até hoje. Virgílio e eu não ficamos amigos logo... éramos ambos excessivamente antipáticos... Foi algumas décadas depois, em um Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical na tórrida Teresina no Nordeste Brasileiro, que Virgílio faria acontecer a 1ª Reunião da Rede (lusófona) de Investigação em Saúde (RIDES) – Malária, cuja criação ele liderava – e me convidaria. Como eu fazia acontecer um encontro da Rede

Índia, Brasil, África do Sul (IBAS) para a malária, na mesma data e local, não pude comparecer, participando somente da reunião seguinte, em Luanda, Angola. Foi onde comecei a descobrir um cientista fortemente comprometido com a defesa da lusofonia, com o apoio do desenvolvimento regional dos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP) e com a integração da investigação científica com as atividades de controle (da malária) nesses Países. A partir de então estreitei laços e intensifiquei colaborações que já tínhamos com o Professor Filomeno Fortes e começamos a aumentar a acolhida de estudantes e jovens profissionais luso-Africanos em nosso Laboratório. Com Fátima Cruz vimos colaborando com a RIDES - Malária nos últimos 10 anos, em prol da saúde, sobretudo dos PALOPs. Em uma das reuniões que Virgílio fez acontecer no contexto da Rides, conheci Rosário Martins, Professora Catedrática da NOVA no IHMT. Com a inteligência analítica dos estatísticos superiores, recato elegante e grande habilidade, Rosário se revelou logo peça chave nas relações Brasil-Portugal-PALOPs no contexto da Rides.

Foi nesse cenário que encontrei Paulo Ferrinho. Com Paulo eu tinha a impressão de lidar com um membro da Casa Real Portuguesa, um cientista navegador de família tradicional. Paulo me tratava com cortês fidalguia, fazendo-me sentir protegido e curioso como nas relações que temos com nossos avós... aliás, enquanto escrevo isso, me ocorre que em qualquer relação de brasileiro com um nativo de Portugal, uma sensação de herança e ancestralidade é intuitiva e natural. Vocês são mais velhos... nós mais novos... (mas o Ferrinho é mais jovem do que eu...). Ferrinho começou a me mostrar um Instituto que eu não conhecia, um grupo novo de cientistas portugueses, uma Lisboa emergente a meus olhos, e um Portugal que se descortinava, para um bisneto de Portugueses que dera seus primeiros passos na terrinha nos remotos anos 1980. Foi por causa de Ferrinho que conheci e me aproximei de outros do IHMT; Professoras Zulmira Hartz, ex-colega da Fio-cruz, Lenea Campino, Deolinda Cruz, responsável pelas relações internacionais... para citar só alguns... Ao fim de 2013, Ferrinho convidou-me para escrever o editorial dos Anais do IHMT que relançava, junto com os Congressos Portugueses de Medicina Tropical, e o efeito que meus amigos portugueses faziam em mim se manifestou no tema sobre o qual decidi escrever: “A lusofonia e a irmandade dos povos na língua”.

Perdoem-me pela memória deslocada... mas antes do Editorial, aconteceu algo digno de nota... Ferrinho me convidara para uma banca de concurso alguns dias antes do II Congresso, no qual eu falaria como Presidente da Federação Internacional de Medicina Tropical (IFTM). Eu estava com a mala pronta no hall de entrada de minha casa no Rio de Janeiro, na 2ª-feira 15 de Abril de 2013, quando

minha irmã Cássia ligou avisando que levaria meu pai, com sinais de agravamento da dengue que contraíra há poucos dias, para o hospital. A ligação telefônica seguinte foi do táxi que chegara. Eu deixei a mala onde estava e aproveitei o táxi :

— Clínica São Vicente, disse ao *choffeur* surpreso.

Do dia seguinte, após uma parada respiratória de manhã cedo, até a madrugada do sábado 20, meu pai esteve no CTI, acompanhado por mim, meu outro irmão médico e as preces da família e de amigos. Ele não melhorava, e as mensagens de meus amigos portugueses eram diárias e carinhosas. “Eu conseguir vir para Lisboa” deixou de ser o desejo que manifestavam, mas que meu pai sobrevivesse, e/ou que eu ficasse o melhor possível... Celeste, Deolinda, Lenea, Zulmira, Virgílio, Rosário e Ferrinho, achei em minhas caixas de email aquele em que eu vos anunciava a morte de meu pai no Sábado dia 20/4... sem nenhuma dúvida, a maior perda da minha vida... Dia 22/5 eu chegava em Lisboa para a banca do concurso que não se realizara ainda. A acolhida de todos no IHMT, com o delicado carinho com que cuidamos dos que podem voltar a sangrar a qualquer instante, nunca sairá de minha lembrança.

Não sei muito dos pais (portugueses) de minha avó paterna... João Pinto Daniel e Maria Theresa Leite, fora que ele era um alfaiate quando migrou para o Rio de Janeiro... foi na Academia de Medicina que aprendi o verdadeiro significado do conceito da imortalidade (acadêmica). “Morremos duas vezes, uma quando morremos e outra quando o último que se lembra (e pode falar) de nós, morre”. Digo às minhas filhas, permanentemente: “Falem de seus avós a seus filhos”, acho que meus pais não o fizeram o bastante... talvez, simplesmente, porque não tiveram tempo de se beneficiar do progressivo aumento da longevidade humana na modernidade e conviveram com os avós por menos tempo ainda do que eu convivi com os meus... Perdi meu avô Waldemar, pai de papai, dentista mineiro e melhor avô do mundo, quando eu tinha 14 anos. Meu pai tinha 39... ele urrou de agonia e dor e chamou pelo pai por muitos anos.

Foi emocionante pisar no solo português pela primeira vez em 1978 ou 1979, quando passei por Lisboa, indo celebrar o Natal com meus pais no Brasil, em pausa de meu doutoramento em Paris. Mal lembro o restaurante, onde jantamos antes de pegar o voo no dia seguinte para o Rio de Janeiro. Voltei um ano depois, dessa vez a Alvor, em um Congresso Luso-Brasileiro de Imunologia. Encantou-me a beleza do lugar e a vitalidade científica dos especialistas portugueses – em parte liderados pelo Professor Palma Carlos.

Meu amor por Portugal começava a florescer. O carinho dos portugueses sempre foi ponto alto. Estar em Portugal produz sempre em mim a sensação de acolhimento e fami-

liaridade com o povo do qual orgulhosamente descendo. Meu olhar errante pelas históricas e lindas ruas vivencia sempre o sentimento de pertencimento à terra. Esse Portugal amoroso é hoje parte de minha vida, mais do que já era por causa da poesia de Fernando Pessoa e de Florbela Espanca (que minha mãe adorava) e da genialidade de Saramago (“Dentro de nós existe uma coisa que não tem nome, essa coisa somos nós”), das histórias que começamos a aprender na escola (e não vamos nunca parar de querer ouvir) sobre os navegadores portugueses, dos azeites de oliveiras centenárias, dos vinhos do Porto divinos e dos vinhos verdes frescos (que meu pai adorava), dos queijos da Serra, dos doces de conventos... do mosteiro de Jerónimo, da Torre de Belém, do monumento dos descobridores, da Fundação Gulbenkian, do eterno Tejo e dos fados mágicos. É esperado que um Brasileiro pela primeira vez em Portugal, viva a expectativa de reencontrar a antiga metrópole, orgulhosa e bela, berço de toda uma civilização semeada tempo afora no Brasil e no mundo. Mas o encontro que marcará sua memória será com a alma simples, radiosa e receptiva do povo Português.

Meu sobrenome Ribeiro, o 15º mais comum no Brasil, foi herdado de meu avô Waldemar de Souza Ribeiro e de meu bisavô, Silvério Souza Ribeiro Júnior. Ele tem origem no latim “ripariu”, que significa “rio pequeno” ou “riozinho”. Era adotado por pessoas que moravam em terras próximas a cursos d’água. Em Portugal, a família é de origem nobre e um de seus primeiros membros foi dom Ramiro, último regente do reino de Leão que vigiu do ano de 910 a 1230.

O estudo da ascendência genealógica de minha família com o registro da chegada de vários imigrantes portugueses para o Brasil está ainda por ser feito, talvez por meu próprio irmão Marcus Tadeu, historiador da arte. Quando o visitei no Porto, onde estudou em “Doutorado Sanduíche” por um ano, sob a co-orientação do então Vice-Reitor da NOVA, Professor José Esteves Pereira, ouvi um relato sobre um interessante antepassado nosso, Dom Aleixo Manuel Albernaz, fidalgo da casa real que migrara para o Rio de Janeiro junto com Estácio de Sá, na expedição destinada a guerrear e expulsar os franceses e fundar a cidade no ano de 1565.

Segundo Dom Mateus Ramalho Rocha em seu livro sobre o Mosteiro de São Bento do Rio de Janeiro, quando os primeiros beneditinos chegaram à cidade no século XVI, receberam de nossa família - que se encontra, portanto, na Cidade Maravilhosa desde o seu nascedouro no século XVI - a pequena igreja, devotada à Nossa Senhora da Conceição, que havia sobre o Morro de São Bento, para que ali edificassem o cenóbio beneditino. A igreja foi ampliada pelo traçado do engenheiro-mor Francisco Frias da Mesquita, dando lugar à atual igreja de Nossa Senhora de Monserrate. Meu irmão Marcus, criador da pós-graduação em

História da Arte Sacra na Faculdade de São Bento, acredita que a pequena ermida é a atual Capela do Santíssimo, localizada no lado do Evangelho da venerável igreja, toda de ouro. Meu antepassado Aleixo Manuel Albernaz viria a ser o primeiro juiz da cidade, enquanto seu filho, de mesmo nome, seria o primeiro médico formado em uma universidade europeia atuante no Rio de Janeiro.

Senhores, é meu compromisso honrar meu título dessa casa potencializando as ações em colaboração com a NOVA. Várias são as perspectivas... a mais importante atividade de ensino de nosso grupo no Brasil, os *Seminários Laveran & Deane*, ocorre anualmente há 21 anos e se destina à discussão de projetos de tese em malariologia. Ela já se beneficiou da presença de Virgílio do Rosário, Filomeno Fortes e Rosário Martins. Nossa mais querida carta na manga, Professores Rendas e Ferrinho, para a intensificação de nossas relações com o IHMT, a NOVA e Portugal, é criá-lo em Lisboa para alunos Africanos lusófonos. (a NOVA tem, como uma de suas pós-graduações, um Programa Internacional em associação com a Fiocruz, Brasil denominado *Global Health and Tropical Diseases*, que pode servir de plataforma para receber tal Seminário). Também, enquanto Presidente da Federação Internacional de Medicina Tropical (IFTM, de 2012 a 2016), procurei dar voz à lusofonia tendo um Secretário Geral de Angola no *Board* e um Português no *Board* Expandido. Com Filomeno e Ferrinho, organizamos eventos conjuntos da IFTM com Sociedades Nacionais de Medicina Tropical, como em Luanda em 2013 e em Lisboa em 2015. A IFTM, sob a égide de meu amigo e atual Presidente Mas-Coma, continua apontando nessa direção. A presença dos Professores Paulo Ferrinho e Filomeno Fortes no *Expanded Board* da IFTM é uma garantia de que o IHMT, a NOVA e a lusofonia terão papéis importantes na promoção internacional dos estudos em Medicina Tropical. Na qualidade de Membro Titular da Academia Nacional de Medicina do Brasil e com a ajuda do Professor Antonio Gentil Martins, Acadêmico da Academia Portuguesa, que me honra com sua presença aqui hoje, tenho tentado aproximar as nossas Casas.

Eu poderia dizer muito mais sobre os laços que me unem às ciências e aos homens de Portugal, mas não posso alongar ainda mais essa alocução que tem por objetivo capital manifestar as minhas gratidão e alegria ao ser reconhecido e homenageado com a tão honrosa distinção que me fazem o IHMT e a NOVA.

Professores, Lenea, Zulmira, Rosário, Ferrinho e Rendas, meus novos colegas da NOVA, sejam afiançados de minha eterna gratidão.

Muito obrigado a todos !

“Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão”: resenha ilustrada da sua complexidade

Zulmira Hartz

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal.

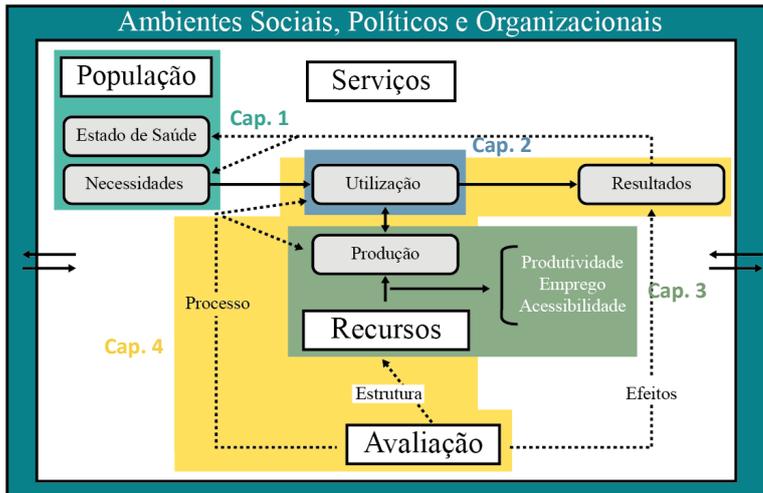


Fig. 1

“Porque a realidade é complexa, há que a simplificar. E este livro vem ajudar-nos a todos a melhor compreender o desafio”. Adalberto Campos Fernandes, Ministro da Saúde de Portugal no prefácio desta edição portuguesa (fig.1).

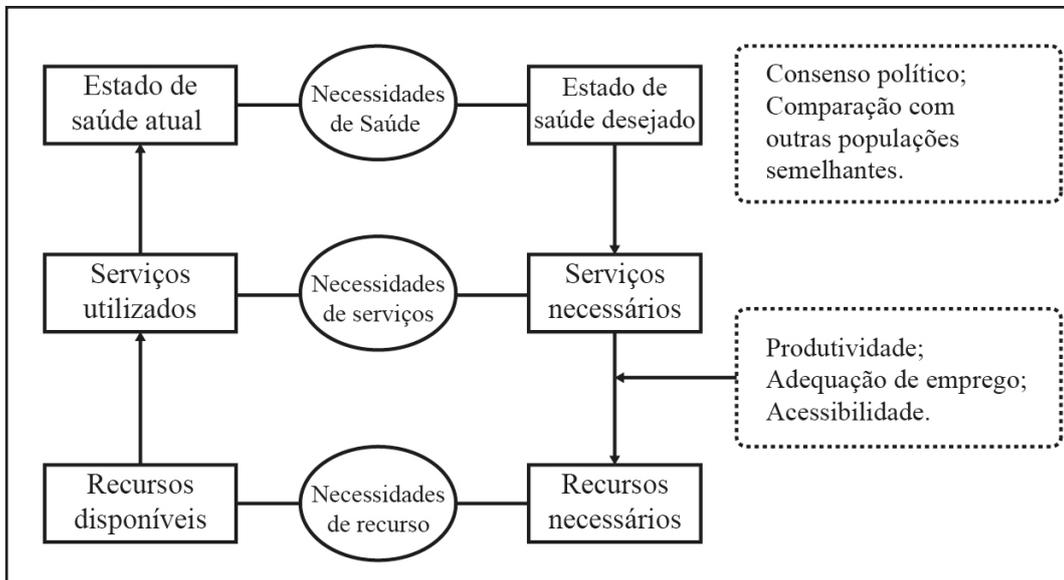
Esta obra do professor Raynald Pineault, agora disponível em português graças aos esforços conjuntos da agenda de cooperação entre o CONASS e o IHMT com o apoio da OPAS e OMS, é o segundo volume da série LEIASS – ‘Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde’ (LEIASS). Na origem deste projeto está o interesse comum em disponibilizar textos de livre acesso, utilizados nos programas de formação e investigação no campo da saúde, a todos os países lusófonos.

Fig. 2: Componentes do sistema de saúde



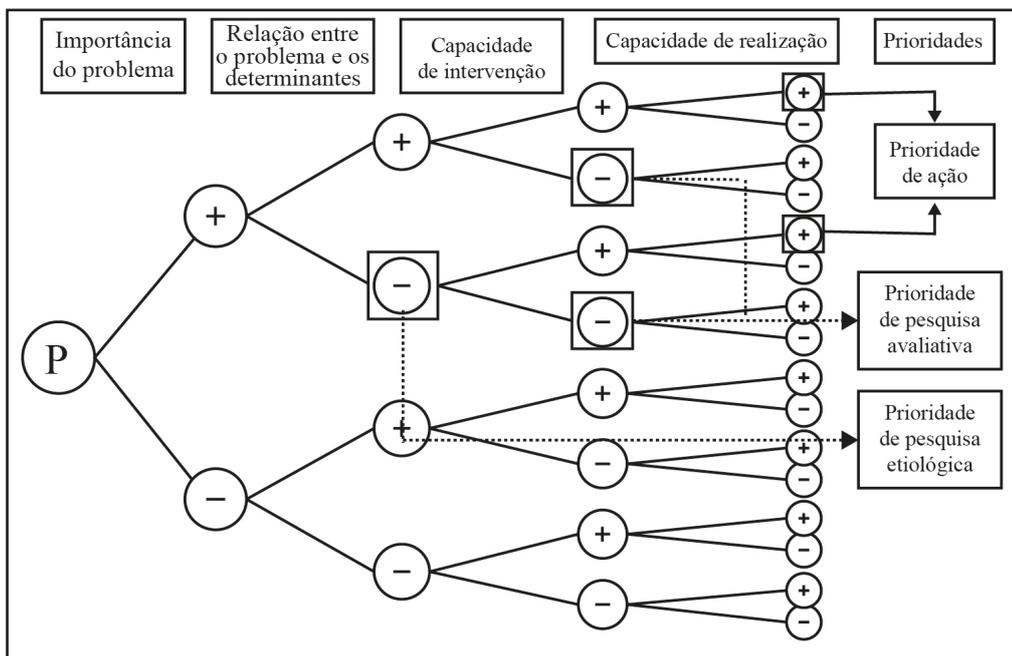
Nesta figura introdutória (fig.2) percebem-se os marcos referenciais da organização e do plano do livro em cinco capítulos interligados e com objetivos sequenciais: 1) que discorre sobre a importância de se identificar claramente as necessidades de saúde e de se eleger as prioridades; 2) sobre a utilização dos serviços de saúde; 3) a análise da produtividade na sua relação com o emprego dos recursos; o 4º sobre Avaliação, que efetua um retorno às necessidades, à utilização e à produção dos serviços e, no último capítulo, a influência dos contextos sócio político e organizacionais sobre o todo do sistema de saúde. Didaticamente elaborada e concisa, mas tendo um referencial bibliográfico da maior importância para o aprofundamento dos diversos temas tratados,

Fig.3: Perspetiva populacional das necessidades de saúde



seu foco na autoaprendizagem certamente permitirá, após terminada a leitura e completados os exercícios ao final de cada capítulo, alcançar os objetivos gerais propostos pelo autor: situar e analisar os diferentes componentes de um sistema de saúde; Identificar e explicar as relações existentes entre estes componentes; Utilizar e aplicar os conceitos e os métodos propostos na análise do sistema de saúde.

Fig.4: árvore de decisão para escolha de prioridades em saúde



A título indicativo da importância deste livro, faremos agora um breve percurso no conjunto da obra, ilustrado por algumas das suas figuras. Tomamos como ponto de partida a identificação das necessidades de saúde numa perspectiva de planeamento populacional, objeto do 1º capítulo, que situa as necessidades em três níveis, conforme nos referimos à saúde, aos serviços ou aos recursos (fig.3). Nos três níveis, a necessidade expressa uma lacuna en-

tre a situação desejada e a situação atual. O estado de saúde desejado é inserido, geralmente, no interior de uma política de saúde e resulta de um consenso político que se apoia nas comparações com outras unidades geográficas de referência. De acordo com esta lógica, os indicadores das necessidades podem referir-se à saúde (mortalidade, à morbidez, fatores de risco ou à incapacidade), aos serviços ou aos recursos humanos físicos e financeiros, todos devidamente apresentados com exemplos claros para sua estimação.

A identificação das necessidades em um contexto de escassez de recursos obriga a tomada de decisões e, portanto, ao estabelecimento de prioridades (fig.4).

Pouco importa o nível visado para as decisões, as perguntas convenientes a serem feitas em relação à priorização são as seguintes:

- O problema é importante (necessidade de saúde)?
- As causas ou os determinantes do problema são conhecidos ou, pelo menos, as condições a ele associadas?
- Há meios de intervenção sobre estas causas ou determinantes de maneira eficaz (necessidade de serviços)?
- Finalmente, as intervenções propostas são passíveis de realização sobre o plano económico, organizacional, político e ético (necessidade de recursos)?

A resposta às necessidades exprime-se pelas buscas aos serviços de saúde, isto é, sua utilização, objeto do capítulo 2 (fig. 5). Diversos fatores influenciam o tipo e o nível de utilização dos serviços. Estes fatores dizem respeito aos indivíduos que tomaram uma medida a fim de utilizar os serviços, mas igualmente às características do próprio sistema. Por exemplo, o nível de recursos não disponíveis exerce um empecilho que pode limitar a utilização de determinados serviços. Por outro lado, um nível elevado de recursos estimula sua utilização.

Para ser utilizado, um serviço deve ser produzido. Sendo assim, a utilização e a produção dos serviços consistem de conceitos relacionados e são, por assim dizer, espelhos refletindo a imagem um do outro. Enquanto a utilização dos serviços assume o ponto de vista do indivíduo que a eles recorre, a produção dos serviços refere-se aos recursos que os produzem e às suas caracterís-

Fig.5: Processo de utilização dos serviços (adaptado de Donabedian 1973)

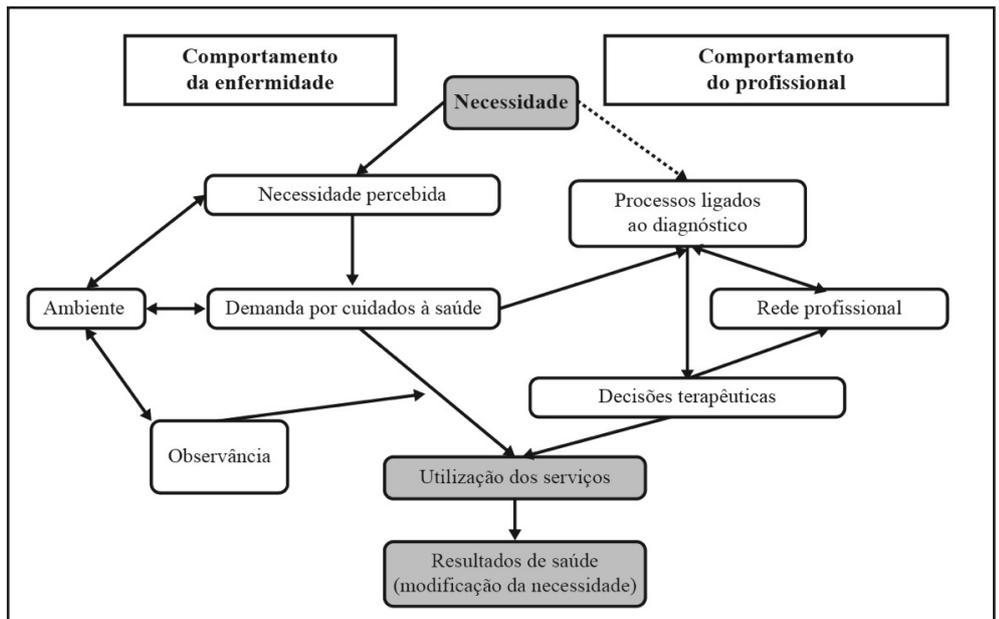
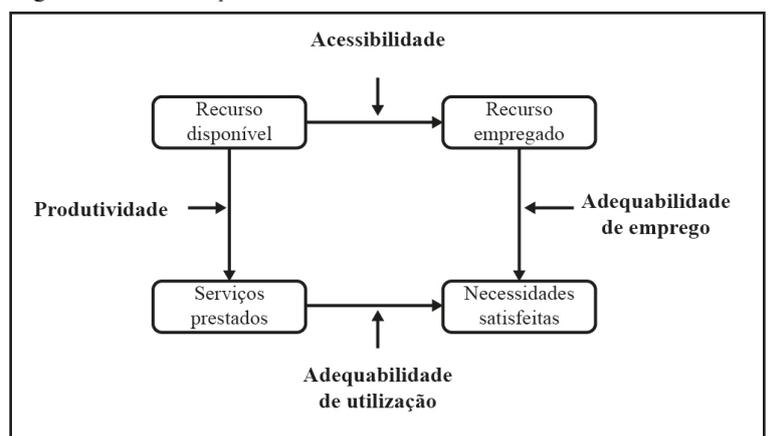


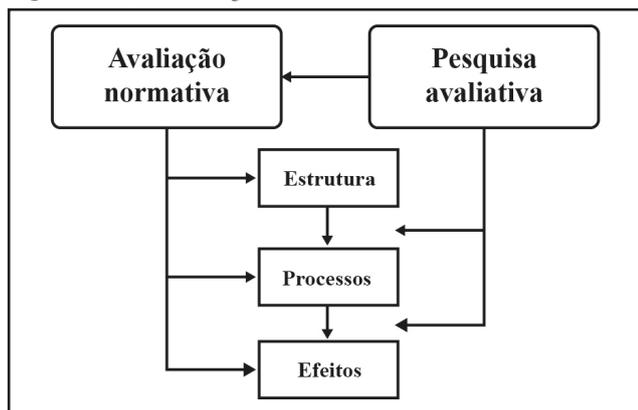
Fig.6: Os recursos na produção dos serviços



ticas. É a isto que o capítulo 3 se dedica. Deste modo, entre os recursos disponíveis e a produção dos serviços, existem determinados fatores, os quais são analisados mais detalhadamente, principalmente, a acessibilidade, o emprego dos recursos e sua produtividade (fig. 6). A acessibilidade de um recurso corresponde ao grau de facilidade de acesso aos serviços produzidos. Embora ela seja vista aqui como uma característica de um recurso, a acessibilidade expressa, na realidade, o desvio ou a distância que separa um recurso disponível do indivíduo que o acede. A produtividade diz respeito à quantidade de serviços produzidos por um recurso e à natureza apropriada ou justificada de seu emprego por referência às normas existentes e reconhecidas.

A avaliação (capítulo 4) consiste na função de inteligência do sistema de saúde através de um julgamento de valor. Ela opera com um olhar retrospectivo sobre os diferentes componentes do sistema de saúde, tanto dos recursos quanto das atividades de utilização e de

Fig.7: Avaliação: a inteligência do sistema de saúde



Adaptado de Champagne Champagne et al. 2009
 Em Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP e Hartz Z, dir: "L'évaluation: concepts et méthodes". Montreal, Les Presses de l'Université de Montreal, 2009 (Avaliação Conceitos e Métodos; Editora Fiocruz 2011;2013)

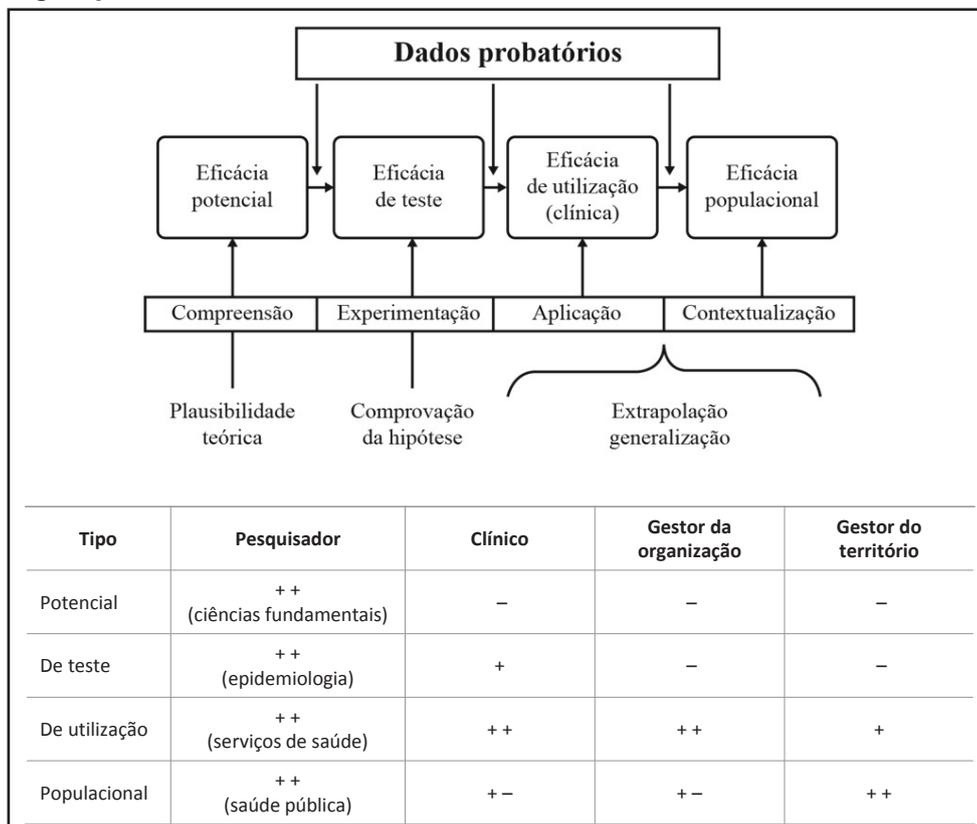
produção, bem como dos resultados obtidos em termos de saúde e de satisfação das necessidades. A obtenção de um julgamento sobre um fenómeno, uma atividade ou um resultado, demanda um processo normativo ou uma pesquisa avaliativa. Conforme ilustrada na figura 7, a pesquisa avaliativa procura determinar a relação que existe entre os diferentes componentes de um sistema, de uma organização ou de um programa, sendo que estes componentes revelam a estrutura, o processo ou os resultados. Ademais, o que distingue a pesquisa avaliativa é o facto dela recorrer aos conceitos e métodos pró-

prios à investigação. No entanto, ela está intimamente ligada à avaliação normativa, no sentido de fornecer a esta última a base científica e os dados probatórios para propor as normas válidas, critérios ou melhores práticas que servirão para a avaliação. O capítulo aborda igualmente a questão da qualidade e do desempenho aplicado à gestão centrada nos resultados.

Finalmente, a avaliação dos efeitos constitui o coroa-mento da cadeia de avaliação. De facto, há uma ligação de determinação sequencial entre a estrutura, o processo e os efeitos. Dificilmente podem-se esperar bons resultados se existirem falhas nos componentes que os precedem. Em contrapartida, uma estrutura adequada e/ou processos apropriados não garantem necessariamente o alcance de bons resultados. A apreciação dos efeitos ou dos resultados remete ao conceito de eficácia. Distinguem-se quatro tipos diferentes de eficácia, após a aplicação dos efeitos observados (numerador) em diferentes grupos da população (denominador): o da pesquisa fundamental, o da pesquisa clínica, o da utilização dos serviços e o da população. Dados os contextos, temos, portanto, a eficácia potencial, de ensaio, de utilização ou populacional.

Os diferentes tipos de eficácia apresentam um interesse variável para os diferentes agentes do sistema de saúde. Conforme mostra a tabela de dados probatórios (fig 8), os pesquisadores de ciências fundamentais adotam a

Fig.8: Tipos de eficácia e interesse dos atores



eficácia potencial, enquanto que os pesquisadores de saúde pública interessam-se mais pela eficácia populacional. A prática do clínico repousa, sobretudo, sobre a eficácia do ensaio e da utilização. Finalmente, os gestores apoiam as suas decisões sobre as informações de eficácia de utilização ou de população. A eficácia da utilização corresponde mais a uma perspetiva organizacional, de acordo com a qual uma organização de cuidados à saúde é responsável pela clientela que a frequenta. A eficácia populacional corresponde a uma perspetiva sistémica, de acordo com a qual a organização de serviços em determinado território responsável por uma população bem identificada. Para fazer uma

Fig. 9: Igualdade ou equidade? influências contextuais

Ambientes Sociais, Políticos e Organizacionais		
Valores	Posição liberalista (Importância do sucesso pessoal e da liberdade individual face aos poderes de coerção políticos)	Posição igualitarista (Importância da igualdade de chances)
1. Responsabilidade pessoal	Toda recompensa deve ser merecida (como os cuidados à saúde)	Determinados bens (como os serviços de saúde e a educação) são direitos, mais que privilégios
2. Consciência social	A caridade e a filantropia são meios de auxiliar aqueles que não obtêm sucesso	O Estado deve implantar mecanismos para evitar o uso da caridade, que é degradante e imprevisível para o indivíduo
3. Liberdade	A intervenção do Estado dificulta as liberdades individuais	O Estado deve garantir que as liberdades individuais possam ser expressadas, ou seja, que os indivíduos possam fazer escolhas
4. Igualdade	Reconhecimento da igualdade perante a lei	É preciso, primeiramente, que as oportunidades sejam iguais para que os indivíduos possam se realizar

inspirou o estabelecimento de sistemas de saúde nos quais o financiamento privado é importante, proveniente dos indivíduos, seja direta ou indiretamente através dos seguros privados. Mas como nos adverte Pineault, estas duas posições opostas representam tipos ideais, mas, na verdade, não existem tipos puros. Os sistemas sociopolíticos, dos quais o sistema

de saúde faz parte, são muito complexos para reduzi-los a apenas um ou outro destes rótulos. Seus múltiplos agentes, os profissionais que prestam os serviços, os gestores que coordenam a sua produção e os indivíduos que a eles recorrem, interagem no interior de processos complexos de prestação de serviços. Ademais, os ambientes organizacionais e institucionais exercem a sua influência sobre a utilização e a produção dos serviços. Pode dizer-se que gerir um sistema de saúde e seus componentes equivale a gerir a complexidade como reconhece o autor. Portanto, uma ótima leitura aos que aceitarem este convite para partilhar as suas lições (fig. 10).

ligação com a gestão e a tomada de decisões, discute-se a gestão fundada nos dados probatórios da análise dos efeitos das intervenções nos diferentes tipos de eficácia e interesse dos atores. Pode-se, assim, reformular as prioridades discutidas no capítulo 1 com base nesses dados em relação aos diferentes tipos de avaliação de eficácia. Por exemplo, na prevenção primária contra o cancro do pulmão recebe uma alta prioridade, mais baixa é a prioridade contra o cancro da mama, pois os conhecimentos ou evidências sobre os fatores etiológicos nestes casos de cancro são muito diferentes. Para o cancro da mama, é a prevenção secundária que é prioritária, de forma contrária ao cancro do pulmão.

No último capítulo, os diferentes componentes do sistema de saúde situam-se num contexto mais amplo onde é influenciado por diferentes valores: responsabilidade pessoal, consciência social, liberdade e igualdade (fig. 9). O sistema de saúde de posição igualitarista foi associado a uma forma de coletivismo que é expresso desde o século XIX com o estabelecimento do sistema *bismarckiano* e, mais tarde, do sistema *beveridgiano*. A diferença entre as duas é que o sistema *bismarckiano* (adotado na Alemanha e França) é baseado nos mecanismos das garantias sociais (posição liberalista). Em contrapartida, no sistema *beveridgiano*, como do Reino Unido, prestações uniformes são destinadas a toda a população, a partir das rendas fiscais do Estado (posição igualitarista). Nos dois casos, a responsabilidade pelos indivíduos inspira-se num princípio de solidariedade mas a posição liberalista é oposta à liberação igualitarista. Ela



Compartilhe isso:



<http://www.conass.org.br/biblioteca/compreendendo-o-sistema-de-saude-para-uma-melhor-gestao/>



SEMINÁRIO SOBRE

PLANEAMENTO EM SAÚDE

28 E 29 DE NOVEMBRO DE 2016

AULA MAGNA | IHMT-UNL

INTRODUÇÃO

Este seminário é realizado para dar resposta a uma necessidade de aprofundamento do tema do planeamento em saúde, sentida quer no ambiente académico, quer no meio político e técnico. Por outro lado, pretende-se analisar e comparar experiências de planeamento da saúde em diferentes contextos políticos, económicos e sociais.

O tema tem seguido percursos diversos em diferentes continentes e países, em alguns casos influenciados pela publicação de importantes documentos de organizações internacionais, em especial da Organização Mundial da Saúde.

Em Portugal, “Saúde, um Compromisso”, publicado no final da década de noventa do século vinte, e os Planos Nacionais de Saúde 2004/2010 e 2011/2016 constituíram importantes documentos, mas sem clara fixação prévia ao nível das políticas de saúde e sem continuidade significativa. Em todos os países lusófonos existem experiências muito relevantes de planeamento no setor da saúde. Estas serão contrastadas com outras da Alemanha, do Canadá, de Espanha e do Reino Unido.

Com base nestas experiências, o seminário pretende atingir três objetivos fundamentais:

- aprofundar aspetos doutrinários deste tema;
- conhecer e analisar realizações concretas nesta área; e
- discutir desenvolvimentos futuros do planeamento em saúde.

COMISSÃO CIENTÍFICA

Jorge Simões | IHMT-UNL

Paulo Ferrinho | IHMT-UNL

Pedro Pita Barros | Reitoria UNL; Nova School of Business and Economics

Reinhard Naumann | Fundação Friedrich Ebert

COMISSÃO ORGANIZADORA

Reinhard Naumann | Fundação Friedrich Ebert

Paulo Ferrinho | IHMT-UNL

Jorge Simões | IHMT-UNL

Ana Cristina Garcia | IHMT-UNL

Ana Rocha | IHMT-UNL

António Sá | IHMT-UNL

Celeste Figueiredo | IHMT-UNL

Deolinda Cruz | IHMT-UNL

Isa Alves | IHMT-UNL

Paula Brás da Costa | IHMT-UNL

Sílvia Diegues | IHMT-UNL

Teresa Leal | IHMT-UNL

Organização



Apoio





SEMINÁRIO SOBRE

PLANEAMENTO EM SAÚDE

PROGRAMA

28 DE NOVEMBRO

8h30	Abertura do Secretariado
9h30	SESSÃO DE ABERTURA Paulo Ferrinho GHTM, IHMT-UNL Reinhard Naumann Fundação Friedrich Ebert Pedro Pita Barros Reitoria UNL; Nova School of Business and Economics Jorge Simões GHTM, IHMT-UNL CONFERÊNCIA Planeamento em Saúde – perspetiva global Nigel Crisp Câmara dos Lordes, Reino Unido
10h30	Pausa para café
11h00	MESA REDONDA 1 - O Planeamento da Saúde em Países da Europa Moderador: Pedro Pita Barros Reitoria UNL; Nova School of Business and Economics Planeamento da Saúde na Alemanha Jens Holst University of Applied Sciences, Fulda, Alemanha Planeamento da Saúde em Espanha Alberto Infante Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Espanha
12h30	Pausa para almoço
14h00	MESA REDONDA 2 - O Planeamento da Saúde em Países das Américas Moderador: Maria de Belém Roseira IHMT-UNL, Ministra da Saúde 1995-1999 Evoluções recentes nos Países Americanos Gilles Dussault GHTM, IHMT-UNL Planeamento da Saúde no Canadá Raynald Pineault Universidade de Montréal, Canadá Planeamento da Saúde no Brasil Fernando Cupertino CONASS, Brasil
15h30	Pausa para café
16h00	MESA REDONDA 3 - O Planeamento da Saúde em Países de África Moderador: Luís Sambo IHMT-UNL, Ministro da Saúde, Angola Evoluções recentes nos Países Africanos Humphrey Karamagi Organização Mundial de Saúde, Seychelles Planeamento da Saúde em Moçambique Mouzinho Saíde Vice-ministro da Saúde, Moçambique Planeamento da Saúde em Cabo Verde Maria da Luz Lima Diretora Nacional de Saúde, Cabo Verde

PROGRAMA

29 DE NOVEMBRO

9h30	MESA REDONDA 4 - O Planeamento da Saúde em Portugal Moderador: Constantino Sakellarides Presidente da Fundação para a Saúde/SNS Introdução ao Planeamento da Saúde em Portugal Paulo Ferrinho e Jorge Simões GHTM, IHMT-UNL Os Planos Regionais de Saúde Alcindo Maciel Barbosa Presidente da ARS do Norte 2005-2009 Os Planos Locais de Saúde Carlos Nunes Diretor Executivo do ACES de Gondomar
11h00	Pausa para café
11h30	Continuação MESA REDONDA 4 - O Planeamento da Saúde em Portugal Planeamento Hospitalar Manuel Teixeira Membro da Unidade de Missão do Hospital da Estrela, SCML; Secretário de Estado da Saúde 2011-2015 Integração do Plano nas operações da ACSS Marta Temido Presidente da ACSS; IHMT-UNL Planeamento da Saúde nas Autarquias e Municipalização da Saúde Berta Nunes Presidente da Câmara Municipal de Alfandega da Fé
13h00	Pausa para almoço
14h00	MESA REDONDA 5 - Entre a Prática e a Doutrina Moderador: Francisco George Diretor-geral da Saúde Constantino Sakellarides Presidente da Fundação para a Saúde/SNS Gilles Dussault GHTM, IHMT-UNL Josep Figueras European Observatory on Health Systems and Policies Luís Sambo IHMT-UNL, Ministro da Saúde de Angola Maria de Belém Roseira IHMT-UNL, Ministra da Saúde 1995-1999
16h30	Pausa para café
17h00	Principais Mensagens e Conclusões Moderador: Zulmira Hartz GHTM, IHMT-UNL Ana Cristina Garcia IHMT-UNL
17h30	Lançamento do livro “Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão”, da autoria de Raynald Pineault Raynald Pineault Universidade de Montreal, Canadá Zulmira Hartz GHTM, IHMT-UNL
18h00	SESSÃO DE ENCERRAMENTO Paulo Ferrinho, Jorge Simões GHTM, IHMT-UNL Reinhard Naumann Fundação Friedrich Ebert António Rendas Reitor da Universidade Nova de Lisboa Conferência de Encerramento Adalberto Campos Fernandes Ministro da Saúde

PARTICIPANTES



Adalberto Campos Fernandes
Ministro da Saúde



Francisco George
Diretor-geral da Saúde



Maria da Luz Lima
Diretora Nacional de Saúde,
Cabo Verde



Alcindo Maciel Barbosa
Presidente da ARS do Norte
2005-2009



Gilles Dussault
Professor Catedrático Convidado
no IHMT-UNL. Coordenador do
Centro Colaborador da OMS para
as Políticas e o Planeamento da
Força de Trabalho em Saúde



Marta Temido
Presidente da Administração
Central do Sistema de Saúde
(ACSS) - Ministério da Saúde.
Professora Auxiliar Convidada
no IHMT-UNL



Alberto Infante
Professor Emérito na Escuela
Nacional de Sanidad/Instituto de
Salud Carlos III, Madrid



Humphrey Karamagi
Organização Mundial da Saúde,
Seychelles



Mouzinho Saíde
Vice-ministro da Saúde,
Moçambique



Ana Cristina Garcia
Doutoranda/investigadora do
GHTM, IHMT-UNL



Jens Holst
University of Applied Sciences,
Fulda, Alemanha



Nigel Crisp
Câmara dos Lordes, Reino Unido



António Rendas
Reitor da Universidade NOVA de
Lisboa



Jorge Simões
Professor Catedrático Convidado
com Agregação no IHMT-UNL.
Presidente do CA da ERS entre
2010 e 2016



Paulo Ferrinho
Diretor e Professor Catedrático
no IHMT-UNL. Diretor do GHTM



Berta Nunes
Presidente da Câmara Municipal
de Alfandega da Fé



Josep Figueras
European Observatory on Health
Systems and Policies



Pedro Pita Barros
Vice-reitor da Universidade Nova
de Lisboa. Professor Catedrático
na Nova School of Business and
Economics, UNL



Carlos Nunes
Diretor Executivo do ACES de
Gondomar



Luís Sambo
Ministro da Saúde de Angola.
Professor Catedrático Convidado
no IHMT-UNL. Diretor Emérito da
OMS África



Raynald Pineault
Professor Emérito na Universidade
de Montréal, Canadá



Constantino Sakellarides
Presidente da Fundação para
a Saúde/SNS. Diretor-geral
da Saúde 1997-99. Professor
Catedrático Aposentado na Escola
Nacional de Saúde Pública



Manuel Teixeira
Membro da Unidade de Missão
do Hospital da Estrela, SCML.
Presidente da ACSS 2007-2011,
Secretário de Estado da Saúde
2011-2015



Reinhard Naumann
Fundação Friedrich Ebert



Fernando Cupertino
Conselho Nacional de Secretários
de Saúde, Brasil



Maria de Belém Roseira
Presidente do Conselho Consultivo
do IHMT-UNL. Ministra da Saúde
1995-1999



Zulmira Hartz
Subdiretora e Professora
Catedrática Convidada no
IHMT-UNL

Organização



Apoio



INFORMAÇÕES GERAIS

Os Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical publicam artigos originais nos domínios da medicina tropical, saúde pública e internacional, ciências biomédicas e afins. Quaisquer tipos de artigos científicos podem ser submetidos aos "Anais" para publicação, nomeadamente: artigos históricos, de investigação ou de revisão, ensaios, notas de investigação e cartas ao editor. Apenas por convite, serão aceites todos os géneros jornalísticos (editoriais, crónicas, entrevistas, notícias, reportagens, artigos de opinião ou análise e foto reportagens). Para efeito de citação, o nome abreviado dos "Anais" é: *An Inst Hig Med Trop*.

O painel diretivo é composto pelos seguintes editores: Paulo Ferrinho (Editor Chefe); Zulmira Hartz (Editora Executiva); Paula

Fortunato e Paula Saraiva (Editores Assistentes); Amabélia Rodrigues, Eronildo Felisberto, Fernando Cupertino, Filomeno Fortes e Moshin Sidat (Editores Internacionais). Os editores temáticos são: Isabel Amaral, Philip Havik e José Doria (Trópicos e medicina: conceitos e história); Lenea Campino e Ricardo Parreira (Doenças da pobreza, negligenciadas e emergentes); Henrique Silveira e Silvana Belo (Vetores e hospedeiros intermediários); Jorge Seixas e Sónia Dias (Saúde dos viajantes e migrantes); Gilles Dussault e Giuliano Russo (Atores e sistemas de saúde); Miguel Viveiros e Zulmira Hartz (Ensino e atividades pedagógicas). Consultores: Inês Fronteira (Epidemiologia), Luzia Gonçalves e Maria do Rosário Oliveira Martins (Estatística).

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Propostas para publicação

- Os textos devem ser redigidos em português e escritos no *WORD*, em letra do tipo *Times New Roman*, tamanho 12, com espaço de 1.5 entre linhas. Cada página deve estar numerada (começando em 1) no canto inferior direito. Por convite poderão ser aceites e publicados artigos em espanhol, francês ou inglês.
- Os ensaios e artigos originais de investigação, revisão ou históricos devem ter no total (excluindo sumário, palavras chave e legendas) um número máximo de 6000 palavras e podem conter até 30 (para os artigos de investigação), ou 60 referências bibliográficas, ou (para os artigos de revisão e históricos).
- As notas de investigação não devem exceder 1500 palavras, podendo incluir uma figura ou tabela, e até 15 referências bibliográficas.
- Os editoriais (apenas submetidos por convite) e as cartas ao editor (submissão espontânea) não devem exceder as 1.500 palavras, nem conter tabelas ou figuras; não têm resumos e terão um máximo de 5 referências bibliográficas.
- O título, sempre bilingue (português e inglês), deve estar em letras maiúsculas e centrado. Imediatamente abaixo devem constar os nomes dos autores (nomes para citação científica) e, abaixo de cada autor, o respetivo título académico, a sua afiliação institucional (departamento, instituição, cidade, país). Só é obrigatória a indicação de endereço completo, telefone e endereço de correio eletrónico do autor para correspondência.
- O resumo é obrigatório (exceto nos editoriais e cartas ao editor) e vem imediatamente após o título e os autores, devendo ser sempre bilingue, com a versão portuguesa antecedendo a inglesa. Cada versão do resumo não deve exceder 200 palavras.
- Imediatamente após os resumos devem constar obrigatoriamente até 5 palavras-chave, igualmente em português e inglês; Os autores devem utilizar a terminologia que consta no *Medical Subject Headings* (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
- Nos artigos de investigação, as seções internas devem ser as seguintes (por esta ordem): Resumos; Palavras-chave; Introdução (incluindo objetivos); Materiais e métodos; Resultados e discussão (junto ou em separado); Conclusões; Agradecimentos; Bibliografia e Conflitos de Interesses.

- Nos artigos históricos, as secções internas devem ser as seguintes (por esta ordem): Resumos; Palavras-chave; Introdução; Análise; Conclusão; Agradecimentos; Bibliografia e conflitos de interesse.
- A exatidão e rigor das referências são da responsabilidade do autor. As referências bibliográficas devem ser citadas consecutivamente ao longo do artigo, entre parêntesis retos e numeradas sequencialmente. Na seção "Bibliografia", devem ser listadas pela mesma sequência numérica.
- No caso dos artigos históricos, nas citações do texto, incluindo notas de rodapé, é obrigatória a citação do número de páginas correspondentes à transcrição utilizada, separada por dois pontos – exemplo: [1: 445-446]; na bibliografia final, cada obra citada deverá corresponder apenas a uma entrada/referência.

Exemplos de referência na bibliografia final:

Artigo em publicação periódica

1. Azevedo SF de, Coelho M, Carvalho F. As parasitoses intestinais nas crianças de alguns asilos de Lisboa. *An Inst Med Trop*. 1949; 6 (dezembro): 47-64.

Livro

2. Faust EC, Russell PF, Jung RC. *Craig and Faust's Clinical Parasitology*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1974.

Capítulo de livro

3. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Tese

4. Faria NCG. Use of Natural Products to Enhance Activity of Antifungal Drugs through Chemosensitization of the Pathogenic Yeasts *Candida* spp. and *Cryptococcus neoformans* [Teses de Mestrado]. Universidade NOVA de Lisboa: Lisboa; 2007.

Comunicações em eventos

5. Meyer W, Kidd S, Castañeda A, Jackson S, Huynh M, Latouche GN, Marszewska K, Castañeda E, and the South American/Spanish Cryptococcal Study Group. Global molecular epidemiology offers hints towards ongoing speciation within *Cryptococcus neoformans*. In: 5th International Conference on *Cryptococcus* and *Cryptococcosis* [Book of Abstracts]. South Australian Postgraduate Medical Education Association; Adelaide, Australia (March 3-7); 2002.

Documentos em formato eletrônico

6. Biblioteca Virtual. Centro de Documentação e Informação da FAPESP. Nanossonda de ouro no diagnóstico do *Paracoccidioides brasiliensis*. 2010. [Consultado em 27 de agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.bv.fapesp.br/pt/projetos- regulares/28292/nanosonda-ouro-diagnostico-paracoccidioides-brasiliensis>.

Figuras, tabelas e legendas:

- As tabelas, igualmente em WORD, devem ser inseridas no texto na posição em que, preferencialmente deverão aparecer na versão final. As fotografias e figuras devem ter resolução mínima de 300 dpis e, pelo menos, 1200 pixels de largura e altura proporcional. São admitidos os formatos de ficheiros JPEG e TIFF. Tabelas, figuras e fotografias devem ter legendas em WORD e devem ser citadas no texto, e numeradas por ordem sequencial (fig.1; tab. 1, etc.). Nos textos a submeter para apreciação devem ser colocadas no local onde preferencialmente aparecerão na versão final, mas devem obrigatoriamente ser submetidas também em ficheiro separado (com o formato e a resolução definidos nas normas). Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vetorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. As legendas das figuras devem ser inseridas no final do texto, imediatamente após a bibliografia.

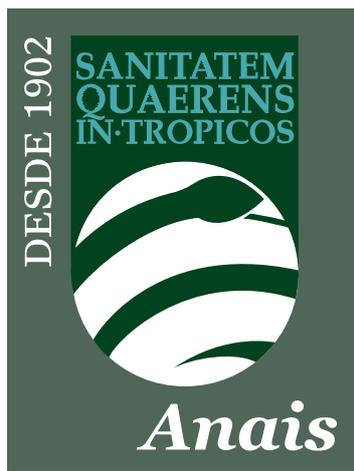
Sobre a submissão:

- O artigo é submetido obrigatoriamente segundo as normas indicadas anteriormente (exceto com autorização prévia expressa dos editores em casos de justificada relevância institucional ou internacional que justifique, por exemplo, exceder o limite quanto ao tamanho dos artigos) e acompanhado, sempre que possível, além do documento WORD e ficheiros de imagem que são obrigatórios, de uma cópia integral em formato PDF, podendo ser recusado por manifesto incumprimento das normas de publicação.

- A revista segue os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors*: ao submeter o artigo, o autor correspondente assume implicitamente que todos os autores citados contribuíram significativamente para a elaboração do mesmo e que concordaram integralmente com o conteúdo da versão submetida. Também assume implicitamente a transferência, no caso de se verificar a aceitação para publicação, de direitos autorais para os "Anais" (ficando salvaguardada a autoria do trabalho) e que o seu conteúdo não está publicado, nem foi nem será submetido para publicação (no todo ou em parte) em qualquer outro local.
- Para a submissão, os artigos de investigação devem ser acompanhados por uma declaração de aprovação do Comité de Ética da instituição responsável pelo estudo.
- A submissão deve ser feita para o endereço de correio eletrónico seguinte: anais@ihmt.unl.pt

Após a submissão:

- Cada artigo será revisto por dois especialistas no assunto verificado. Esses revisores poderão ser elementos do painel editorial e/ou especialistas externos convidados. Em qualquer caso, a identidade dos revisores será sempre mantida em anonimato. Os "Anais" também garantem a confidencialidade, perante os revisores, sobre a identidade e filiação institucional dos autores.
- Durante o processo de revisão, os autores poderão ser solicitados a prestar esclarecimentos e/ou efetuar correções à versão inicial mais de uma vez, se necessário.
- Prevê-se que, desde a submissão até à divulgação da aceitação/rejeição do artigo, não decorram mais de 3 meses. As correções e esclarecimentos pedidos aos autores devem ser respondidos num prazo máximo de 15 dias.
- A decisão final sobre a aceitação/rejeição da obra submetida para publicação cabe sempre ao painel editorial, independentemente das opiniões dos revisores.
- Será enviada ao autor responsável pela correspondência uma prova tipográfica em formato PDF que terá que ser revista e devolvida no prazo de 48 horas. Não são aceites nesta fase quaisquer alterações, apenas correção de gralhas ou erros de formatação do artigo. Ressalva-se que a localização das imagens e quadros poderá não ser exatamente a indicada pelo autor.
- Em caso de erros detetados apenas a pós a publicação as alterações só podem ser feitas na forma de uma errata.
- A inclusão do texto num dado número dos Anais está sujeita aos critérios editoriais sendo o(s) autor(es) livre(s) para retirar o trabalho submetido e aceite, até duas semanas após informado(s) de sua aceitação.



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
Vol. 16 (Suplemento nº 1), 2017, S1- S80; ISSN 0303-7762