

# Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais

CATARINA SENA  
PAULO FERRINHO  
JOSÉ PEREIRA MIGUEL

No desenvolvimento do processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2005 foi necessário criar um esquema classificativo dos diversos documentos de planeamento cuja metodologia permitisse, por um lado, a reorganização dos trabalhos existentes e, por outro, a orientação de trabalhos futuros. Neste sentido, esta análise passa em revista as questões de nomenclatura associadas a estes documentos e propõe um esquema de desenho e avaliação dos programas de saúde, cuja metodologia serviu de base à macro-análise dos programas nacionais existentes. As recomendações elaboradas na sequência desta macroanálise salientam, entre outros aspectos, a necessidade de definir *a priori* a metodologia de avaliação e os mecanismos adequados de cativação de recursos e/ou apuramento dos custos associados por produto, como forma de maximizar a utilização dos recursos escassos.

**Palavras-chave:** planos e programas de saúde; programas nacionais de saúde; planeamento de serviços de saúde; política de saúde.

□

Catarina Sena é adjunta do ministro da Saúde e ex-administradora hospitalar na Direcção-Geral da Saúde.

Paulo Ferrinho é subdirector-geral da Saúde e professor associado com agregação no Instituto de Higiene e Medicina Tropical e na Faculdade de Medicina de Lisboa.

José Pereira Miguel é alto-comissário da Saúde e professor catedrático, director do Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Submetido à apreciação: 5 de Maio de 2005.

Aceite para publicação: 22 de Junho de 2005.

## 1. Introdução

A importância da reflexão sobre os programas nacionais de saúde surgiu com maior acuidade no processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Sendo o planeamento na saúde um tema que tem sido tratado de forma dispersa e não sistematizada, onde proliferam conceitos como políticas, estratégias, planos, programas e projectos, utilizados de uma forma pouco rigorosa, sentiu-se a necessidade de criar um esquema classificativo dos diversos documentos de planeamento, cuja metodologia consistiu na reorganização dos trabalhos existentes e na orientação de novos desenvolvimentos.

Tal necessidade tornou-se ainda mais evidente quando, por exemplo, se analisaram os documentos estratégicos nacionais efectuados no sector da saúde noutros países. Com efeito, rapidamente se verifica que, aleatoriamente, os diferentes países foram designando estes documentos por «planos» ou «programas», prejudicando a sistematização pretendida (*Quadro 1*).

Por este motivo, um dos objectivos do presente trabalho consiste em delinear um esquema classificativo dos documentos de planeamento que permita a reorganização futura dos planos, dos programas e dos projectos nacionais. Consequentemente, importa analisar a nível macro os planos e programas de saúde existentes a nível nacional, efectuando, quando necessário, propostas concretas de alteração.

## 2. Nomenclatura

De acordo com uma revisão de autores efectuada por Mintzberg (1994), planear pode ter diversos significados, nomeadamente «pensar no futuro», «controlar o futuro» e ainda «tomar decisões»<sup>1</sup>.

No entanto, este autor propõe que o planeamento seja visto como «equivalente a tomar decisões de forma integrada, ou seja, um procedimento formalizado para produzir um resultado articulado, sob a forma de um sistema integrado de decisões» (Craveiro e Ferrinho, 2001). E acrescenta que o carácter estratégico do processo de planeamento advirá não só da existência de um plano, ou seja, de uma orientação para o futuro, mas também da definição de um padrão que traduza uma consistência no comportamento, de um posicionamento explícito na relação com outros parceiros no mesmo sector de actividade

<sup>1</sup> A este respeito, refira-se também um estudo de Craveiro e Ferrinho (2001) onde, através do tratamento de uma série de entrevistas realizadas aos principais intervenientes no processo de planeamento estratégico da saúde em 1999, foram encontradas 21 definições diferentes de planeamento estratégico.

e de uma perspectiva clara sobre o *core business*, no nosso caso, do sector da saúde.

Trata-se da materialização do processo de planeamento através de um instrumento denominado «plano» ou por outros autores de «programas», que importa aqui esclarecer e, de certa forma, hierarquizar.

### 2.1. Planos e programas

Nos anos 80, a Organização Mundial de Saúde afirmava, num documento sobre a avaliação dos programas de saúde (WHO, 1981), que a maior parte dos países tinham «planos» elaborados para desenvolver os seus sistemas de saúde, alguns mais formais do que outros. E acrescentava, a título exemplificativo, que alguns países tinham «programas» de saúde muito bem definidos com metas e objectivos. É bem evidente que, embora o título do documento seja a avaliação de «programas» de saúde, os autores do documento utilizaram também a designação de «plano» referindo-se ao mesmo conceito.

**Quadro I**  
Alguns documentos estratégicos de saúde a nível nacional

País	Designação	Define grandes estratégias e objectivos	Caracterização do documento		
			Estabelece metas específicas	Estabelece prazos	Período
Reino Unido	NHS Plan	×	×	×	n. d.
Canadá	Building on Values «The Future of Health Care in Canada» (a)	×	×	n. d.	
Finlândia	Health 2015 Public Health Programme (b)	×	×	×	15 anos
Dinamarca	The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion (1999-2008)		×		10 anos
França	Rapport du groupe technique national de definition des objectifs de santé publique (2003-2008)		×	×	6 anos
Espanha (Catalunha)	Health Plan for Catalonia (1993-1995)	×	×		3 anos
EUA (Texas)	Texas State Health Plan 1999-2004 (c)	×	×	×	6 anos
Irlanda	Health Strategy «Quality and Fairness: A Health System for You»	×	×	×	7-10 anos
Portugal	Saúde Um Compromisso: A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)	×	×	×	5 anos

n. d. — não determinado.

(a) Relatório final elaborado por uma comissão (independente do governo) sobre o futuro dos cuidados de saúde no Canadá coordenada pelo comissário Roy Romanow e publicado em Novembro de 2002.

(b) Este programa, com principal enfoque na promoção da saúde, foi elaborado por um comité de saúde pública constituído por membros nomeados pelo governo.

(c) Este plano de saúde é elaborado de seis em seis anos e actualizado bianualmente. É desenvolvido por um conselho de saúde do estado do Texas, constituído por 17 membros (12 nomeados pelo governador e 5 que representam agências específicas do estado). Entre outras propostas, este plano efectua recomendações a nível da produção legislativa.

Uma abordagem mais dirigida à área do «planeamento em saúde» permite, a respeito dos diferentes níveis de planeamento, identificar uma hierarquia de instrumentos (*Figura 1*).

Neste caso, o *plano* está claramente colocado nos extremos, a um nível estratégico e operacional, integrando-se o *programa* num nível de planeamento tático e surgindo, por conseguinte, o *projecto* na fronteira entre o nível tático e operativo.

Durán (1989) refere que o *plano* indica a necessidade de atingir determinados objectivos de saúde e o *programa* especifica as operações para atingir esses objectivos. Ou seja, «o plano deve ser desdobrado em programas, que, por definição, constituem a linha de orientação pormenorizada». E acrescenta que o *projecto* é um «complemento» de um plano ou de um programa e «está ligado ao desenvolvimento de ambos para melhorar alguns dos seus aspectos específicos», sendo a sua duração limitada.

Por sua vez, Imperatori e Giraldes (1993) definem plano como um «instrumento de implementação de uma política» e programa como «um conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros que são geridos por um mesmo organismo». E acrescenta ainda a definição de projecto como sendo «uma actividade que decorre num período de tempo bem deli-

mitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa». Para este autor parece evidente que a hierarquia explicitada, do geral para o particular, segue a do plano, programa e projecto.

Na mesma linha de raciocínio, a teoria económica define:

- *Plano estratégico* como um «conjunto de programas ou projectos visando um conjunto de objectivos (desenvolvimento, emprego [...]) em certo espaço (país, região, etc.) e em determinado período, visando assegurar-lhes coerência entre si» (adaptado de Santos, 1983);
- *Programa* como um «conjunto de projectos ligados nos objectivos e no tempo ou no espaço» (por exemplo, o programa de desenvolvimento regional ou o programa de investimentos no sector dos transportes para 2003) (Santos, 1983);
- *Projecto* «identifica-se com empreendimento ou investimento» (Santos, 1983) e «pode constituir o elemento unitário do programa» (Bernard e Colli, 1998).

Assim sendo, e numa primeira reflexão sobre este assunto, propõe-se a adopção da perspectiva económica sobre os graus hierárquicos que estes documentos de planeamento devem ocupar e que,

**Figura 1**  
Níveis de planeamento e sua formalização

	Domínio de planeamento	Orientado por	Formalização (na acção)
Maior abrangência	Político	Valores Finalidades Preferências	Plano de acção dos partidos e do governo
	Estratégico	Valores Finalidades Preferências Metas a longo prazo	Plano director
	Tático	Finalidades Preferências	Programa
		Evidências científicas Metas a médio prazo	Projecto
	Operacional	Evidências científicas Metas a curto prazo	Plano de actividades anual

Maior especificidade

Adaptado de Pineault e Daveluy (1992).

de forma muito simplificada, se apresentam a seguir (Figura 2):

Os documentos estratégicos podem ou não estar consolidados num plano estratégico. A partir deles fluem os programas e a partir dos programas (e algumas vezes directamente das orientações estratégicas) desenvolvem-se projectos. Os programas deveriam compreender documentos estratégicos orientadores da acção programática — o plano estratégico do programa. Todos os níveis deveriam, anualmente, ser operacionalizados por planos anuais de actividades.

## 2.2. Programas verticais, horizontais e/ou integrados

Discute-se na literatura internacional a forma como devem ser organizados os programas de saúde, colocando-se a questão de privilegiar os programas de saúde «horizontais», em prejuízo dos «verticais», e vice-versa. A esta questão junta-se ainda a discussão sobre os programas «integrados» (Mills, 1983; WHO, 1996; Criel *et al.*, 1997; Chu *et al.*, 2000; Brown, 2001; Hutton, 2002).

A abordagem horizontal dos programas está, por regra, associada à ligação de serviços prestados no

mesmo nível<sup>2</sup> e a estratégias de intervenção a longo prazo.

Por outro lado, a abordagem vertical dos programas de saúde está geralmente associada à intervenção circunscrita a determinados problemas de saúde, utilizando para o efeito formas de actuação específicas em diversos níveis de serviços, tais como ligação entre o nível hospitalar e o de cuidados de saúde primários para o programa de controlo de uma determinada doença.

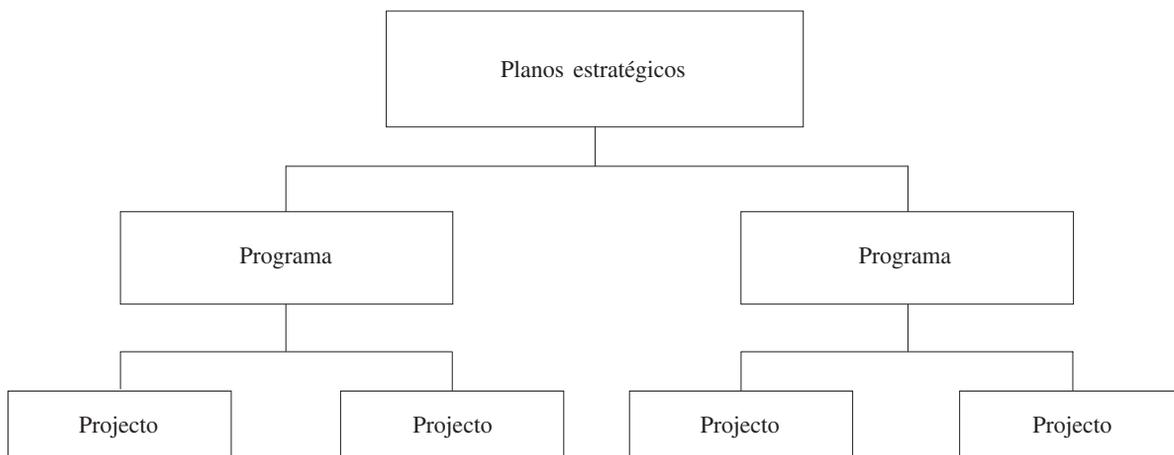
Por sua vez, a «integração» tem sido definida, em termos funcionais, como o desenvolvimento de uma série de operações com o objectivo de reunir diversas estruturas administrativas independentes, bem como agregar esforços e mentalidades, de forma alcançar um resultado comum (WHO, 1996).

De acordo com Mills (1983), a integração comporta três níveis, designadamente:

- Primeiro: a integração realiza-se entre diferentes serviços de saúde, como, por exemplo, a ligação de programas de imunização com programas de saúde horizontais;

<sup>2</sup> Por exemplo, a integração do planeamento familiar e da vacinação.

**Figura 2**  
Graus hierárquicos dos documentos de planeamento



- Segundo: a integração abrange sectores mais latos da área da saúde, tais como programas de saneamento básico e serviços de saúde;
- Terceiro: respeita ao nível mais elevado de integração e abrange todo o sector público de actividades que possa ter influência na melhoria da saúde da população. Este último tipo de integração implica uma estratégia multisectorial que ligue programas e actividades que abrangem uma série de sectores, tais como agricultura, educação e saúde, entre outros.

É neste último sentido que Imperatori e Giraldes (1993) definem programa integrado como sendo «um conjunto coerente de actividades que visam atingir um objectivo comum e que resulta da agregação de diversos programas cuja execução compete a diferentes sectores sócio-económicos». No fundo, este con-

ceito mais lato de integração pretende salientar que a resolução dos problemas de saúde pode não residir, em exclusivo, no sector da saúde, mas resultar de um conjunto de esforços a empreender por diferentes sectores sociais e económicos. Todavia, a questão relacionada com a unidade de comando dos programas, potencial geradora de conflitos quando os programas envolvem vários sectores sócio-económicos (isto é, vários ministérios), deverá, na nossa opinião, ser acautelada desde o início.

Nesta linha de pensamento, existem alguns estudos que estabelecem grelhas de comparação dos programas verticais, contrapondo-as aos horizontais, salientando as vantagens e as desvantagens da adopção de um deles (*Quadro II*).

Assim sendo, parece que uma das grandes vantagens atribuídas à «horizontalização» dos programas está relacionada com o aumento da eficiência a longo

**Quadro II**  
Vantagens e desvantagens dos programas verticais *versus* horizontais

	Vantagens	Desvantagens
Programa vertical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A fixação de objectivos e metas pode funcionar como motor incentivador e responsabilizador</li> <li>• Desencadeia mecanismos de monitorização dos resultados que podem conduzir à identificação e resolução de problemas</li> <li>• O planeamento das actividades a nível operacional deve, em princípio, promover a eficiência e a efectividade das prestações de serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode promover a concentração de recursos num número limitado de problemas, em prejuízo do desenvolvimento de sistemas de saúde compreensivos</li> <li>• Pode promover a duplicação de recursos, na medida em que estes programas são normalmente suportados por recursos próprios e específicos</li> <li>• Financeiramente, dependem dos subsídios, o que torna estes programas muito vulneráveis às mudanças sócio-políticas</li> <li>• O seu custo-efectividade pode ser reduzido ao longo do tempo</li> <li>• Podem ser inadequados num sistema de saúde descentralizado: os programas verticais são desenhados e implementados pelas estruturas centrais (pode haver colisão de interesses entre as estruturas centrais, regionais e locais)</li> </ul>
Programa horizontal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorpora contributos de diferentes áreas do sistema de saúde e, por conseguinte, reflecte o conceito multidimensional de saúde</li> <li>• Incorpora um grau considerável de flexibilidade, capaz de reagir a oportunidades e ameaças</li> <li>• Promove a concentração de recursos para muitas finalidades, o que, em princípio, permitirá o alcance de mais resultados para um determinado nível de <i>inputs</i> (aumento da eficiência), bem como promove a redução de actividades redundantes</li> <li>• Permite uma resposta mais adequada às necessidades (promove a efectividade)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventual ineficácia na definição das prioridades apropriadas, na programação e na monitorização dos resultados</li> <li>• Pode causar incerteza e insatisfação entre os profissionais envolvidos se não forem dadas as explicações adequadas</li> </ul>

Adaptado de WHO (1996) e Brown (2001).

prazo, na medida em que promove a concentração de recursos e a redução de actividades redundantes.

Por outro lado, os programas verticais são frequentemente apontados como menos custo-efectivos a longo prazo, decorrendo, em parte, da possibilidade de se estar a promover a duplicação de recursos. No entanto, parece que esta desvantagem poderá ser suprimida através da definição prévia de um horizonte temporal limitado.

Num artigo sobre o papel actual dos programas verticais, Chu (2000) propõe que os países com governo estável e com um sistema apropriado de prestação e de infra-estruturas de cuidados de saúde sejam, naturalmente, sistemas que têm uma tendência para o desenvolvimento de programas integrados. Todavia, dentro dos programas integrados, algumas componentes, tais como normativas e laboratoriais, podem continuar verticais.

Por outro lado, países com governos menos estáveis e com grandes carências financeiras e de outros recursos, ou em situação de conflito armado, têm maior propensão para apostar em programas verticais (mais efectivos a curto prazo).

Todavia, a revisão da literatura efectuada não foi totalmente esclarecedora. Com efeito, se considerarmos a tipologia estabelecida por Mills (1983) e descrita anteriormente, facilmente se confundem os dois primeiros níveis de integração com os programas horizontais e verticais. Apenas no último nível é possível estabelecer uma distinção de programa integrado.

É por isso que alguns autores têm alertado para o facto de se estar a utilizar o termo «integração» como um fim, e não como um meio, para se alcançarem determinados objectivos.

### 3. Características dos planos, programas ou projectos

Um dos objectivos deste trabalho consiste em delinear um esquema classificativo dos documentos de planeamento que permita a reorganização futura dos planos, programas e projectos.

A revisão bibliográfica efectuada não foi totalmente consensual nem conclusiva. No entanto, permitiu centrar alguns conceitos que poderão servir de base à delimitação de uma proposta de esquema classificativo.

Se se tiver em consideração o nível de especificação dos objectivos, pode afirmar-se que um *plano* mais orientado para valores define grandes orientações estratégicas e identifica prioridades que podem englobar um conjunto de programas. No entanto, quando o plano é orientado para metas a curto prazo,

define a operacionalização da acção para o prazo previsto (por exemplo, o ano).

Por seu turno, um *programa* refere-se a um conjunto de especificações e instruções que integram recursos e serviços, de forma a dar uma resposta coordenada a objectivos estratégicos, podendo ou não englobar um conjunto de projectos. A efectivação de um programa exige que ele seja apoiado pelo plano estratégico do programa (plurianual) e por um plano anual de actividades. O programa justifica-se para dar visibilidade a um ou mais problemas de saúde considerados prioritários, que beneficiarão de uma coordenação por parte das autoridades sanitárias, de forma a melhor cativar recursos, operacionalizá-los e avaliar o seu impacto.

Finalmente, um *projecto*, baseado na melhor evidência científica, com metas *smart*<sup>3</sup>, constitui um elemento unitário do programa, uma tarefa que ao ser realizada resultará num resultado ou produto bem definido. A tarefa caracteriza-se por nunca ter sido levada a cabo antes e, geralmente, não haverá uma segunda oportunidade para a executar (Scally, 2001). Cada um destes planos, programas ou projectos pode classificar-se de acordo com uma série de características que a seguir se descrevem:

#### a) Flexibilidade/adaptabilidade:

- Abertos (documentos que contêm declarações gerais das prioridades do sector da saúde, sem termo definido);
- Semiabertos (documentos elaborados de forma a permitirem a sua actualização regular conforme as circunstâncias se alterem);
- Fechados (documentos elaborados com prazos predeterminados para a sua implementação);

#### b) Sector de actividade que abrangem:

- Integrados (vários sectores sócio-económicos, ou seja, vários ministérios);
- Não integrados (apenas um sector, por exemplo, Ministério da Saúde);

#### c) Nível de serviços abrangentes:

- Horizontal (mesmo nível de serviços);
- Vertical (níveis de serviços diferentes);

#### d) Divisão administrativa da saúde:

- Nacional;
- Regional;

<sup>3</sup> Uma meta *smart* é específica, mensurável, alcançável, realista e temporalmente limitada ([http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040310\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20040310_2)).

- Sub-regional;
  - Institucional (hospitais e centros de saúde);
- e) Horizonte temporal que abrangem:
- Longo (mais de cinco anos);
  - Médio (entre três e cinco anos);
  - Curto (um ano);
- f) Relação com outros planos, programas ou projectos:
- Independentes: cuja realização não influencia nem é influenciada pela de outro(s);
  - Mutuamente exclusivos: que não podem ser realizados em simultâneo, pois a realização de um exclui a realização de outro(s);
  - Complementares: a realização de um beneficia a realização de outro(s).
- g) Entidade responsável pela execução:
- Pública (propriedade do Estado ou de empresas públicas);
  - Privada;
  - Social;
  - Mista.
- O cruzamento destas características com os conceitos discutidos está explicitado no *Quadro III*.

#### 4. Desenho e avaliação dos planos, programas e projectos

A normalização das componentes que devem integrar um programa de saúde é de extrema utilidade no desenvolvimento de um processo de sistematização da actividade programática na saúde.

**Quadro III**  
Características dos planos, programas e projectos

Características	Plano	Programa	Projecto
a) Flexibilidade/adaptabilidade			
• Aberto	×		
• Semiaberto	×	×	
• Fechado	×	×	×
b) Sector de actividade			
• Único (mão integrado)	×	×	×
• Múltiplo (integrado)	×	×	×
c) Nível de serviços			
• Horizontal	×	×	×
• Vertical	×	×	×
d) Divisão administrativa			
• Nacional	×	×	
• Regional	×	×	×
• Sub-regional	×	×	×
• Institucional	×	×	×
e) Horizonte temporal			
• Longo	×		
• Médio	×	×	
• Curto	×	×	×
f) Relação com outros			
• Independente	×		
• Mutuamente exclusivo	×	×	×
• Complementar	×	×	×
g) Entidade(s) executante(s)			
• Pública	×	×	×
• Privada	×	×	×
• Social	×	×	×
• Mista	×	×	×

#### Quadro IV Grelha de desenho e avaliação dos programas nacionais de saúde

Pertinência do programa	
Fundamentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundamentação do problema, com respectiva evidência científica</li> <li>Recomendações internacionais (OMS)</li> </ul>
Caracterização geral	
Valores, crenças e preferências (a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Justiça social, universalidade, equidade, solidariedade, continuidade, efectividade, eficiência</li> </ul>
Enquadramento formal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderança: identificação clara do(s) responsável(eis)</li> <li>Base legal de criação: existência e adequação</li> </ul>
Descrição do programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objectivos gerais</li> <li>Objectivos específicos/operacionais</li> <li>Metas <i>smart</i> fixadas anualmente</li> <li>Horizonte temporal do programa</li> <li>Nível de actuação: horizontal, vertical, misto</li> </ul>
População-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>População alvo e grupo etário definidos: população em geral ou grupos de risco</li> </ul>
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Competição ou complementaridade com outros programas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Independente</li> <li>Mutuamente exclusivo</li> <li>Complementar</li> </ul> </li> <li>Quais são as oportunidades de expansão?</li> </ul>
Metodologia	
Estratégia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de prevenção existente</li> <li>Qual a estratégia de intervenção (para garantia e efectivação dos seus objectivos)?</li> </ul>
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existem normas e protocolos clínicos em uso?</li> <li>Qual o nível de acessibilidade do cidadão?</li> </ul>
Tecnologia e recursos envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qual o nível de adequação e desenvolvimento tecnológico existente?</li> <li>Recursos humanos e materiais existentes</li> </ul>
Custo do programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despesas de exploração</li> <li>Despesas de capital</li> </ul>
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fontes de financiamento existentes (origem e montante)</li> </ul>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe sistema de informação para medir a mudança? Existem indicadores de avaliação dos resultados definidos?</li> <li>Qual a periodicidade de recolha dos dados e elaboração dos relatórios de avaliação?</li> </ul>
Resultados	
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apreciação do impacto: em que medida se verificou uma melhoria nos resultados (o previsto <i>vs.</i> o realizado em termos qualitativos, de produção e de consumo de recursos).</li> </ul>
Recomendações	
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apreciação final</li> <li>Recomendações futuras</li> </ul>

Adaptado de OMS (1981), Imperatori e Giraldes (1993) e Woelkers (2002).

(a) Valores são ideias de como a realidade deveria ser ou deveria ter sido, não são empiricamente avaliáveis, não sendo portanto falseáveis. Crenças são ideias de como a realidade é ou foi e podem ser empiricamente verificadas ou falseadas. Preferências são valores e crenças em acção, temperadas pelos factos empíricos, mas não independentes deles (Khan, 1969).

Conseguir estabelecer *ab initio* uma ligação entre o processo de planeamento e o da avaliação dos planos, programas e projectos é uma forma de potenciar a eficiência destes instrumentos.

Na página anterior, apresenta-se um *Quadro* de referência para caracterização genérica de cada plano, programa e projecto.

## 5. Macroanálise dos programas nacionais de saúde

O ponto de partida desta análise baseou-se numa listagem elaborada na primeira versão do Plano Nacional de Saúde, onde se indicaram, de uma forma sumária, todos os planos, programas e projectos que se relacionavam com o sector da saúde<sup>4</sup>. A esta lista inicial foram, posteriormente, acrescentados todos os programas recentemente aprovados.

Por razões operacionais, a metodologia seguida para efectuar a macroanálise dos programas seleccionados baseou-se numa simplificação da grelha de avaliação dos programas previamente definida. Assim, procedeu-se a uma caracterização genérica de cada plano, programa e projecto nacionais, cujo resultado pode ser observado no *Anexo 1*.

Este exercício de análise macro dos programas existentes permitiu retirar algumas conclusões que, em parte, foram contempladas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010<sup>5</sup>.

### a) A multiplicidade de programas existentes em Portugal contribui para a fragmentação e descoordenação das intervenções necessárias

A título exemplificativo, veja-se o caso das doenças infecciosas, em que não só cada doença (HIV/SIDA, tuberculose, legionelose, sarampo, poliomielite, doença meningocócica, etc.) tem um programa autónomo, como também algumas das estratégias de combate (vacinações) são alvo de um programa próprio, perdendo-se a visão do global e a oportunidade de coordenação.

O mesmo se poderá afirmar relativamente a programas e projectos que visam reduzir as desigualdades em saúde (projectos de unidades móveis, de cuidados de saúde a imigrantes, protocolos dispersos com os estabelecimentos prisionais, entre outros) cuja con-

<sup>4</sup> Anexo 1 da 1.ª versão do Plano Nacional de Saúde, «Contributos para Um Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas», Ministério da Saúde, Janeiro de 2003.

<sup>5</sup> Plano Nacional de Saúde 2004-2010, vol. II, «Orientações Estratégicas», Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Junho de 2004.

centração e sistematização das actividades possibilitaria desenvolver uma estratégia global e abrangente. O mesmo raciocínio aplicar-se-ia à saúde ambiental, saúde mental, *inter alia*.

### b) Os programas não definem quem é responsável pelas acções contempladas

Atente-se, como exemplo, no programa de combate à tuberculose, onde a falha na definição das competências dos diversos intervenientes no processo (Direcção-Geral da Saúde, administrações regionais de saúde, centros de saúde e hospitais), bem como na metodologia e responsabilidades de monitorização e avaliação do programa, tem conduzido a algumas duplicações de acções desnecessárias e ineficientes.

### c) Não existem mecanismos de coordenação entre programas afins

Mais uma vez, observe-se o caso do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, onde a ausência das ligações adequadas entre programas (designadamente Plano Nacional de Luta contra a SIDA, programas que incidam sobre populações toxicodependentes, entre outros) dificulta uma abordagem global aos grupos de risco identificados.

### d) Em termos globais, salienta-se que, salvo raras exceções, nenhum plano, programa ou projecto de saúde nacional dispõe de um mecanismo de cativação de recursos próprio

Com efeito, a quase totalidade dos programas utiliza as verbas dos orçamentos de exploração das instituições envolvidas no processo, o que, em alguns casos, pode ser um factor de constrangimento ao seu desenvolvimento. Acresce ainda o facto de permanecerem por apurar os custos reais envolvidos nestes programas, o que dificulta o processo de tomada de decisão com base na relação custo-benefício.

### e) A maior parte dos programas refere uma metodologia de avaliação que se materializa através da elaboração de relatórios de avaliação anuais, que nem sempre são produzidos

Por seu turno, existem programas que referem ausência de metodologia de avaliação (por exemplo, o

Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e o Plano Oncológico Nacional), outros que referem que será posteriormente desenvolvida (Plano Nacional de Luta contra a SIDA, Programa Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental e Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida) e ainda programas que, embora tenham definido previamente os seus indicadores, não dispõem de avaliação dos resultados por falhas na implementação dos sistemas de informação (por exemplo, o Programa Nacional de Controlo da Asma e o Programa Nacional de Luta contra a Dor).

O rigor na análise dos resultados alcançados com os programas existentes é fundamental num contexto de garantia de efectividade e de escassez de recursos. Neste sentido, considera-se, de futuro, indispensável que cada programa desenvolva prioritariamente um sistema de informação próprio (com indicadores específicos e mensuráveis) onde estejam contemplados indicadores dos custos financeiros envolvidos nas diversas actividades que compõem esses mesmos programas.

Finalmente, e como forma de se evitar a fragmentação e descoordenação das intervenções necessárias, seria interessante replicar a fórmula existente no Serviço Nacional de Saúde inglês, o qual criou a figura de «directores de saúde», aos quais compete dinamizar, coordenar e avaliar os programas de saúde<sup>6</sup> considerados prioritários. A concentração dos recursos dispersos e um maior envolvimento dos profissionais de saúde decorrentes de uma estratégia de *bottom up* são algumas das vantagens apontadas ao sistema inglês (Burns, 2004).

## Considerações finais

Nesta tentativa de interpretação de uma série de conceitos associados ao planeamento em saúde não se tentou criar teoria, mas sim organizar uma metodologia que permita que a compreensão desses mesmos conceitos seja normalizadora da sua utilização na administração pública do sector da saúde.

A grelha de desenho e avaliação de programas, não é mais do que uma proposta de enumeração das componentes que devem ser explicitadas em cada programa de saúde.

As recomendações elaboradas na sequência da macroanálise dos programas nacionais existentes salientam a necessidade de definir *a priori* a metodo-

logia de avaliação e os adequados mecanismos de cativação de recursos e/ou apuramentos dos custos associados por produto, como forma de maximizar a utilização dos recursos escassos.

Esta não é mais do que uma proposta que facilitaria a comunicação dos agentes governativos e dos administradores do sector com os múltiplos actores que, no terreno, tentam contribuir para mais e melhor saúde para todos.

## □ Referências bibliográficas

- BERNARD, Y.; COLLI, J.-C. — Dicionário económico e financeiro. 2.º volume. Lisboa : Publicações Dom Quixote, 1998.
- BROWN, A. — Integrating vertical health programmes into sector wide approaches : experiences and lessons. London : Institute for Health Sector Development, 2001.
- BURNS, H. — Health tsars : more like Peter the Great than Ivan the Terrible — but only if they have money. *British Medical Journal*. 328 : 7432 (2004) 117-118.
- CAMPOS, A. C. — Avaliação económica de programas de saúde. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1986 (Cadernos de Saúde; 10).
- CHU, E., *et al.* — Vertical programs still have a role. Boston : Boston University School of Public Health, 2000.
- COLE, G. E., *et al.* — Addressing problems in evaluating health-relevant programs through systematic planning and evaluation. Concord, NH : Franklin Pierce Law Center, 1995.
- CRAVEIRO, I.; FERRINHO, P. — Planear estrategicamente : a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19 : 2 (2001) 27-37.
- CRIEL, B.; DE BROUWERE, V.; DUGAS, S. — Integration of vertical programmes in multi-function health services. Antwerpen, Belgium : ITG Press, 1997 (Studies in Health Organization & Policy; 3).
- DENMARK. Ministry of Health — The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion (1999-2008) : an action-oriented programme for healthier settings in everyday life. Copenhagen : Ministry of Health, 2000.
- DURÁN, H. — Planeamento da saúde : aspectos conceptuais e operativos. Lisboa : Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Ministério da Saúde, 1989.
- ESPAÑA. Generalitat de Catalunya. Department de Sanitat e Seguritat Social — Health Plan for Catalonia (1993-1995). Barcelona : Generalitat de Catalunya, Department de Sanitat e Seguritat Social, 1993.
- FINLAND. Ministry of Social Affairs and Health — Health 2015 Public Health Programme [s. l.]. Ministry of Social Affairs and Health, 2001 [em linha]. Disponível em [http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/b01\\_eng.pdf](http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/b01_eng.pdf). Acedido em 2005-10-13.

<sup>6</sup> Desde 1999 que o NHS inglês nomeou nove «directores de saúde», designadamente: cancro, doenças coronárias, saúde mental, idosos, cuidados primários, crianças, emergência e diabetes.

FRANCE. Ministère de la Santé, de la Famille e des Personnes Handicapées. Direction Générale de la Santé — Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (2003-2008). Paris : Direction Générale de La Sante. Ministère de la Santé, de la Famille e des Personnes Handicapées, 2003.

GREEN, A., *et al.* — Strategic health planning : guidelines for developing countries. Leeds : Nuffield Institute for Health. University of Leeds, 2002.

HARDEE, K., *et al.* — Reproductive health policies and programs in eight countries : progress since Cairo. *International Family Planning Perspectives*. 25 : Supplement (1999).

HUTTON, G. — Issues in integration of vertical health programmes into sector-wide approaches. Basel : Swiss Tropical Institute, 2002 [em linha]. Disponível em <http://www.dgroups.org/groups/sdc-health-swaps/docs>. Acedido em 2005-10-13.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. R. — Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993 (Obras Avulsas; 2).

IRELAND. Department of Health and Children — Health Strategy «Quality and Fairness: a Health System for You». Dublin : Department of Health and Children, 2001 [em linha]. Disponível em <http://www.doh.ie/hstrat>; <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25s0299.html>; <http://www.piercelaw.edu/risk/vol16/winter/cole.htm>. Acedido em 2005-10-13.

JAN, S. — A holistic approach to the economic evaluation of health programs using institutionalist methodology. *Social Science and Medicine*. 47 : 10 (1998) 1565-1572.

KHAN, A. J. — Theory and practice of social planning. New York : Russel Sage Foundation, 1969.

MILLS, A. — Vertical versus horizontal health programmes in Africa : idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine*. 17 : 24 (1983) 1971-1981.

MINTZBERG, H. — The rise and fall of strategic planning. New York: Free Press, 1994.

NOVAES, H. M. D. — Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*. 34 : 5 (2000) 547-559.

PINEAULT, R.; DAVELUY — La planification sanitaria : conceptos-metodos-estrategias. Barcelona : Masson, 1992 (Colección de Planificación y Gestión Sanitaria).

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Contributos para um Plano Nacional de Saúde : orientações estratégicas. Lisboa : Ministério da Saúde, 2003.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa : Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume II, «Orientações Estratégicas», Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2004.

ROMANOW, R. J. — Building on Values «The Future of Health Care in Canada» : final report. Saskatoon, Canada : Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002 [em linha]. Disponível em <http://www.csmls.org/english/pdf/romano-report.pdf>. Acedido em 2005-04-20.

SANTOS, R. M. — Análise de projectos I. Lisboa : Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais. Universidade Católica Portuguesa, 1983.

SCALLY, G. — Project management. In PENCHEON, D., *et al.* — Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford : Oxford University Press, 2001. 492-496.

TAVARES, A. — Métodos e técnicas de planeamento em saúde. 2.<sup>a</sup> edição. Lisboa : Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Ministério da Saúde, 1992 (Cadernos de Formação; 2).

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. — Qualidade e subjectividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 18 : 6 (2002) 1561-1569.

USA. California Department of Education. School Health Connections Office — Comparison of Statewide Strategic Health Plans for California's Children and Youth, Sacramento, CA : California Department of Education. School Health Connections Office, 2001 [em linha]. Disponível em <http://www.cde.ca.gov/cyfsbranch/lsp/health/plansummary.doc>. Acedido em 2005-11-25.

USA. Statewide Health Coordinating Council — Texas State Health Plan 1999-2004 : ensuring a quality health care workforce for Texas [em linha]. Disponível em <http://www.tdh.state.tx.us/oshp/stateplan/ShPlan.htm>. Acedido em 2005-10-13.

WHO — Health programme evaluation : guiding principles for its application in the managerial process for national health development. Geneva : World Health Organization, 1981 (Health for all Series; 6).

WHO — Integration of health care delivery : report of a WHO group study. Geneva : WHO, 1996 (Technical Report Series; 861).

WOELKERS, J. F., *et al.* — Effective strategic planning in clinical cancer services : a road map to success. *Oncology Issues*. 17 : 5 (2002) 22-28.

## □ Abstract

### HEALTH PLANS AND PROGRAMS IN PORTUGAL: METHODOLOGICAL QUESTIONS AND MACRO ANALYSIS OF NATIONAL PROGRAMS

During the development process of the National Health Plan 2004-2005, it was necessary to create a classification scheme of the various planning documents, in which the methodology allowed, on one hand, the reorganization of existing research and on the other provided guidance for future research. Therefore, this analysis reviews the questions of nomenclature associated to these documents and proposes a scheme for the design and evaluation of the health programs that was the basis for the macro analysis of the current national programs. The recommendations made in the sequence of this macro analysis, highlight, among other aspects, the need to pre-define the evaluation methodology, the adequate mechanisms for allocating resources and/or the definition of costs per product, as a way of maximizing the use of scarce resources.

Keywords: health planning programs; national health programs; health services planning; health policy.

## Anexo 1 Macroanálise dos programas nacionais

Designação do Programa Sub-Área	Entidade Responsável	Enquadramento Formal	População Alvo	Complementaridade	Financiamento	Resultados	Observações
<b>FAMÍLIA E CICLO DE VIDA</b>							
<b>Nascer com saúde</b>							
Programa de Planeamento Familiar	DGS	Várias orientações técnicas da DGS e Desp. Ministeriais com orientações de actuação para os serviços de saúde.	População em idade fértil (especial atenção aos grupos vulneráveis).	Rede de Referência Materno-Infantil	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Estudos parcelares de investigação (ex. Registo das situações de aborto espontâneo e de IVG).	
Programa de Saúde Materna e Perinatal	DGS	Várias orientações técnicas da DGS e Desp. Ministeriais com orientações de actuação para os serviços de saúde.	Casais que pretendam engravidar, mulheres grávidas e recém-nascidos (especial atenção aos grupos vulneráveis).	Rede de Referência Materno-Infantil	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Estudos parcelares de investigação.	
<b>Crescer com segurança</b>							
Programa de Saúde Escolar	DGS	Circular Normativa 13/DSE, de 10 de Agosto de 1995	Toda a comunidade pré-escolar e escolar (alunos, educadores, empregados e família).	Plano Nacional de Vacinação	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Elaboração de relatórios de avaliação anuais	
Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes	DGS	Circular Normativa 6/DSE, de 20 de Maio de 1999	Toda a comunidade pré-escolar e ensino básico.	Programa de Saúde Escolar	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Elaboração de relatórios de avaliação anuais	
Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde	DGS / Ministério da Educação	Proj. Europeu de Esc. Promotoras de Saúde; Desp. Conj. 734/2000, de 18 de Julho, dos Min. Educação e da Saúde.	Parque escolar nacional (público e privado).	Programa de Saúde Escolar	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Elaboração de relatórios de avaliação anuais	
<b>Uma juventude à descoberta de um futuro saudável (Não há programas)</b>							
<b>Uma vida adulta produtiva (Não há programas)</b>							
<b>Um envelhecimento activo</b>							
Programa de Apoio Integrado a Idosos	ISSS	Desp. Conjunto do M. Saúde e M. Emp. e da Seg. Social, de 1 de Julho de 1994.	Pop. residente com mais de 65 anos e seus prestadores de cuidados informais (família, vizinhos e voluntários) e formais (saúde e seg. social).	Rede de cuidados continuados	Financiamento próprio (25% das receitas líquidas do jogo JOKER - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa).	Relatórios de avaliação dos projectos	
Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas	DGS	Despacho Ministerial de 8-6-2004	População residente com 65 e mais anos	Rede de cuid. continuados, PN, sobre Det. Saúde Rel. c/ os Estilos de Vida	Orçamento de exploração das instituições envolvidas e Medida PIDDAC - PNS 2005	Previsão avaliação intercalar e final (em 2009), com indicadores previamente seleccionados	
<b>Morrer com dignidade</b>							
Programa Nacional de Cuidados Paliativos	DGS	Despacho Ministerial de 15 de Junho de 2004	Doentes com constatação científica de incurabilidade, com estado avançado da doença e com grande sofrimento	Rede de cuidados continuados, Plano Nacional de Luta contra a Dor e Plano Oncológico Nacional	Previsão co-financiado através de Saúde XXI para a criação de unidades de cuidados paliativos	Previsão indicadores de avaliação e relatórios anuais da Comissão de Acompanhamento	
<b>GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA</b>							
<b>Doenças Transmissíveis</b>							
Programa Nacional de HIV / SIDA	CNCLCS	Plano Nacional de Luta Contra a SIDA 2004-2006	População presente no País (relação particular a grupos específicos, pessoas que se prostituem, minorias étnicas, imigrantes e populações com elevada mobilidade, toxicodependentes por via endovenosa e população prisional)	Programa de Saúde Materna e Infantil, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, Programa de Saúde para os estabelecimentos prisionais	Orçamento próprio da CNCLCS	Está previsto o estudo e o desenvolvimento de indicadores de avaliação e subsequente desenvolvimento de um sistema de avaliação	
Programa Nacional de Vacinação	DGS	DL 46 628, de 5 de Novembro de 1965 (revisão periodicamente)	População presente no País	Independente	Financiamento próprio (através do OGE)	A nível nacional o programa é avaliado através das taxas de cobertura vacinal e de incidência das doenças alvo.	
Plano de Acção de Pós-Eliminação da Poliomielite	DGS	Despacho Ministerial nº 1191/2004, de 20 de Janeiro	População presente no País	Programa Nacional de Vacinação	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Estão definidos indicadores de avaliação	
Programa Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial do Sarampo	DGS/INSA	Em fase de revisão e actualização (Circular Normativa 6/DI, de 24 de Setembro de 1998)	População presente no Continente	Independente	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Estão previstos indicadores de avaliação do programa.	

Designação do Programa	Entidade Responsável	Enquadramento Formal	População Alvo	Complementaridade	Financiamento	Resultados	Observações
Programa Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Doença Meningocócica	DGS/INSA	Circulares Normativas nº 30DT, de 11 de Janeiro de 2000 e nº 13DEP de 5 de Setembro de 2002	População presente no Continente	Independente	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	A nível nacional o programa é avaliado através da taxa de incidência anual da doença e da % de casos com confirmação laboratorial.	
Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose	DGS	DR, II Série, nº 218, de 20/09/1995	População presente no País	Independente	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Não está definida uma metodologia de avaliação. Última avaliação global do programa integrada no Relatório Ganhos em Saúde.	Desfasamento entre o que foi legislado e a implementação do Programa no terreno.
Programa Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe	Centro Nacional da Gripe (CNG) / INSA	Atribuições do CNG (DL, nº 307/93, de 1 de Setembro, APº 18º)	São alvo de vigilância uma amostra da população de utentes dos cuidados de saúde primários (através da Rede de Médicos Sentinela) e de utentes que recorrem aos serv. de urgência (rede de serviços de urgência).	Programa Mundial de Vigilância da Gripe (OMS)	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	O SNVG fornece informações precoces que permitem a avaliação da extensão e gravidade das epidemias e constituem, quando necessário, um instrumento para acionar uma resposta em termos de saúde pública.	O Sistema Nacional de Vigilância da Gripe (decorente da directiva europeia nº 2119/98/EU) não tem enquadramento legal.
Plano de Contingência da Gripe	DGS	Decisão Ministerial de 1997	População presente no País	Programa Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe	Não aplicável	Plano de contingência activado apenas em situações de ameaça pandémica.	Plano de contingência activado em Jan. 2004, na sequência da epidemia de gripe aviária verificada na Ásia.
Plano de Contingência para a Síndrome Respiratória Aguda (SRA), 2003/2004	DGS/INSA	Despacho Ministerial nº 273/2003, de 7 de Outubro	Profissionais de saúde e estruturas do SNS	Independente	Não aplicável		
Plano de Contingência do Bioterrorismo	DGS/INSA	Despacho Ministerial nº 18925/2002, de 31 de Julho, Circular Normativa 12/DT, de 2 de Setembro de 2002	População presente no País	Independente	Não aplicável		
Programa de Vigilância e Controlo de Toxinfecções Alimentares Colectivas	CRSP Porto / INSA	Circular Normativa da DGS nº 14, de 9 de Outubro de 2000	População presente no País (na prática, o programa apenas está activo na Região Norte)	Programa de Vigilância e Controlo de Toxinfecções Alimentares Colectivas da Região Europeia (OMS)	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	São elaborados relatórios anuais e enviados para a OMS e DGS.	Necessidade de revisão e implementação de um novo Progr. por forma a abranger todo o territ. res. - Necessidade de definição das responsabilidades e Agência para a Qualidade e Seg. Alimentar.
<b>Cancros</b>							
Plano Oncológico Nacional	Com. Nac. Oncologia	Res. Conselho de Ministros nº 129/2001, de 17 de Agosto	Toda a população residente	Programa de Controlo da Diabetes Mellitus; Rede de Cuidados Continuados; Rede de Referência Hosp. de Oncologia	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Metodologia de avaliação não está definida.	
<b>Doenças do Aparelho Circulatório</b>							
Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares	DGS	Despacho nº 16415/2003, DR, II Série, de 22 de Agosto	Toda a população residente (especial atenção a pop. com factores de risco acrescido)	Programa de Controlo da Diabetes Mellitus; Rede de Cuidados Continuados; Plano Oncológico Nacional	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Prevista a elaboração de relatórios de avaliação, com base em indicadores pré-definidos	
<b>Outras Doenças Cronicodegenerativas</b>							
Programa Nacional de Controlo da Asma	DGS/CAPNCA	Desp. Nº 2879/2002, DR, II Série, 5 de Fevereiro	Toda a população residente (especial atenção a pop. com factores de risco)	Programa de Controlo da Diabetes Mellitus; Rede de Cuidados Continuados; Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Está prevista uma metodologia de avaliação, com indicadores próprios. No entanto, os sistemas de recolha de informação têm falhado e impossibilitado uma avaliação sistemática do programa	
Programa de Controlo da Diabetes Mellitus	DGS	Dossier da Diabetes 1998, DGS	Toda a população diabética identificada	Programa de Prev. e Cont. das Doenças Cardiovasculares; Rede de Cuidados Continuados	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Relatório de avaliação anual, com indicadores pré-definidos	
Programa Nacional de Controlo das Hemoglobiopatias	INSA	Despacho Ministerial, Fv. de 1986; Circular Normativa da DGS nº 57DSM/IA, de 18 de Dezembro de 1986	Casais em risco que pretendam engravidar e mulheres grávidas	Programa de Saúde Materna e Perinatal	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Não está definida nenhuma metodologia de avaliação. No entanto, existe informação recolhida e publicada nos relatórios anuais do próprio INSA.	

Sub-Área	Designação do Programa	Entidade Responsável	Enquadramento Formal	População Alvo	Complementaridade	Financiamento	Resultados	Observações
	Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas	DGS	Despacho Ministerial de 26 de Março de 2004	População em geral e grupos de risco (crianças e adol. mul. pós-menopáusicas, pes. idosos, trabalhadores, act. físicas repetitivas e desportistas amad. ou ocas.)	Rede de cuidados continuados	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	Previsto indicadores de avaliação e relatórios anuais da Comissão de Acompanhamento	
<b>Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas</b>								
	Programa Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental	DGS	Em elaboração (em harmonia com DL nº 281/2003, de 8 de Novembro)	Toda a população residente		A definir	Metodologia de avaliação em fase de desenvolvimento	
	Programa Nacional para a Perturbação de Pós-Stress Traumático	a) MS e Ministério da Defesa; b) DGS (catástrofe)	a) Despacho Conj. 364/2001, de 20 de Abril; b) Despacho da DGS, de 16 de Out. de 2003 (Intervenção na crise e psiquiana de catástrofe)	a) Militares e ex-militares portugueses e respectivas famílias; b) População sujeita a grandes acidentes e catástrofes	Independente	Orçamento de exploração das instituições envolvidas	a) Relatório de actividades elaborado anualmente; b) Metodologia de avaliação em fase de desenvolvimento	
<b>Dor</b>								
	Plano Nacional de Luta Contra a Dor	DGS	Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001	Toda a população residente com necessidade de tratamento de dor aguda ou crónica	Plano Oncológico Nacional, Plano de Luta contra as Doenças Reumáticas, de Cuidados Paliativos e Rede de Cuidados Continuados	Orçamento de exploração das instituições envolvidas (embora exista uma linha específica de financiamento da criação das Unidades da Dor, através da Saúde XXI).	Está prevista uma metodologia de avaliação, com indicadores próprios; No entanto, os sistemas de recolha de informação têm falhado e impossibilitado uma avaliação sistemática do programa	
<b>Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais (Não há programas)</b>								
<b>MUDANÇA CENTRADA NO CIDADÃO</b>								
<b>Participação do cidadão no sector da saúde</b>								
	II Plano Nacional para a Igualdade	CIDM (Ministro da Presidência)	Res. Cons. Ministros nº 194/2003, de 6 de Novembro	População residente feminina	Plano multisectorial que envolve diversos ministérios	Orçamento de Estado dos Ministérios envolvidos	Prevista a avaliação interna a efectuar pela secção interministerial e ainda uma av. externa por um centro de investigação a designar pelo Ministro da Presidência	
	Projecto Unidades Móveis (Redução das Desigualdades em Saúde)	DGS	Inexistente	Grupos vulneráveis, minorias urbanas pobres	Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Plano Nacional de Vacinação	Orçamentos de exploração das Regiões de Saúde envolvidas	Cada Região apresenta um relatório de avaliação trimestral de cada unidade móvel	Apenas em desenvolvimento nas sub-regiões de Lisboa, Setúbal, Coimbra e Porto e Região do Alentejo
	Programa de Cuidados de Saúde a Imigrantes	DGS	Inexistente	População migrante			Actividades avulsas relacionadas com formação e divulgação de informação; na prática, não existe um programa	
	Programa de saúde para os estabelecimentos prisionais	DGS / DGSP	Inexistente (em fase de revisão e actualização de protocolos existentes entre os Ministérios da Saúde e da Justiça)			Orçamento de Estado dos Ministérios envolvidos	Não estão definidos indicadores de avaliação dos protocolos	Protocolos avulso entre os dois ministérios
<b>Comportamentos e estilos de vida saudáveis</b>								
	Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida	DGS	Despacho Ministerial nº 1916/2004, de 28 de Janeiro (II Série)	População residente	Programas que visam a prevenção de doenças crónicas e a promoção da saúde mental	Está previsto financiamento próprio (DGS, CRSP, CS)	Metodologia de avaliação em fase de desenvolvimento	
	II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica	CIDM (Ministro da Presidência)	Res. Cons. Ministros nº 88/2003, de 13 de Junho	Mulheres sujeitas a violência doméstica, profissionais que desenvolvem actividades nesta área.	Plano multisectorial que envolve diversos ministérios	Não está previsto nenhum tipo de financiamento	Prevista a constituição de um Observatório sobre a Violência Doméstica que efectuará a avaliação contínua deste Plano. A avaliação final (2006) será efectuada por um grupo de especialistas a designar pelo Ministro da Presidência.	
<b>Contexto ambiente condutor à saúde</b>								
	Programa Nacional Água e Saúde	DGS	Aprovado por Despacho da DGS (2002)	Não aplicável	Plano Nacional da Água (Ministério do Ambiente)	Está previsto financiamento próprio (PIDDAC)	Existem alguns documentos de orientação técnica (ex. Água de consumo humano)	

Designação do Programa	Entidade Responsável	Enquadramento Formal	População Alvo	Complementaridade	Financiamento	Resultados	Observações
<b>Saúde Ocupacional</b>							
<i>(Não há programas)</i>							
<b>REORIENTAR O SISTEMA DE SAÚDE</b>							
<b>Melhoria do acesso</b>							
Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)	IGIF	Res. Cons. Ministros nº100/2002	População residente inscrita em lista de espera cirúrgica	Independente	Financiamento próprio (IGIF)	Relatórios periódicos de avaliação do programa	
Projecto Centro de Informação de Saúde para o Cidadão (Contact Center - Linha Saúde Pública)	DGS	Despacho Ministerial de 20 de Fevereiro de 2003	O cidadão em geral e o profissional de saúde	Programa de vigilância e controlo da gripe. Redes de referênciação.	Orçamento de exploração das instituições envolvidas (DGS e ARSS)	Está prevista uma avaliação semestral dos dados (ex. nº de contactos, perfil do utilizador de linha)	
Projecto de Prevenção das Expectativas Assistenciais Falhadas	DGS	Despacho Ministerial de 19 de Agosto de 2003	Todos os centros de saúde e hospitais com as aplicações SINUS e SONHO	Independente	Não aplicável	Está prevista uma avaliação trimestral dos dados	Ainda não ocorreu a primeira avaliação
<b>Diagnóstico e tratamento</b>							
<i>(Não há programas)</i>							
<b>Qualidade em saúde</b>							
Programa Nacional de Acreditação de Hospitais	IQS	Protocolo entre DGS e KFHOCS, de 17 Março de 1999; Contrato entre IQS e KFHOCS, em 27 de Setembro de 1999	Todos os Hospitais pertencentes à rede do Serviço Nacional de Saúde (debaixo ao protocolo) e que se enquadram em regime de (contabilizado)	Independente	Financiamento próprio através de Saúde XXI e PIDDAC	Está em elaboração um relatório de avaliação dos três primeiros anos de execução do programa.	O Protocolo com o KFHOCS foi prorrogado até Setembro de 2006.
Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial	INSA	Lei Orgânica do INSA (Lei nº 30793, de 1 de Setembro), no seu artº 3º, nº3, alínea c).	Todos os Laboratórios de Análises Clínicas, de microbiologia de águas e de alimentos	Programa de avaliação externa em química de águas (desenvolvido por uma Associação de Laboratórios Acreditados)	Auto-financiamento (prestação de serviços do INSA aos Laboratórios que requisitarem os serviços)	Está previsto o desenvolvimento de um sistema de informação que permita a recolha e avaliação do programa em tempo real.	

**Abreviaturas**

- CAPNCA - Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asme
- CIDIM - Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres
- CRA - Centros Regionais de Alcoologia
- DRSP - Direcção Geral dos Serviços Prisionais
- ISSS - Instituto da Solidariedade e da Segurança Social
- KFHOCS - King's Fund Health Quality Service
- OPT - Organização Portuguesa de Transplantes
- SNVG - Sistema Nacional de Vigilância da Gripe

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
Escola Nacional de Saúde Pública

# Revista de portuguesa de saúde pública



## Temas nesta Revista

- Editorial: Doentes, hospitais e empresas  
Decentralization and privatization in Portuguese  
health reforms  
Transforming today's hospital to meet tomorrow's  
needs  
Em foco: The NHS reforms: a practical view  
Produção hospitalar: a importância da  
complexidade e da gravidade  
O *mixed bang* das reformas do sector da saúde  
pós-2002  
Hospitais: a longa marcha da empresarialização  
Reforma do sector público hospitalar  
As parcerias público-privadas no sector da saúde  
em Portugal  
A avaliação do desempenho de hospitais  
A intervenção privada na prestação pública

NOVOS MODELOS DE GESTÃO  
DA SAÚDE EM PORTUGAL

volume temático

2004

Preço de capa, 20 €