



CABRI: DIÁLOGO SOBRE A SAÚDE

Relatório de base 2



CONECTAR • PARTILHAR • REFORMAR



Cabri: Diálogo sobre a saúde

*Optimização dos recursos no sector da saúde:
planeamento de políticas e orçamentos*

Relatório de base 2

Definição de planos para as políticas de saúde



Índice

Lista de tabelas e figuras	1
Acrónimos e siglas	2
Sumário executivo	3
1. Introdução	4
2. Modalidades de planeamento e instrumentos associados	6
2.1 Definição de planos para reformas no sector da saúde	6
2.2 Planeamento empresarial e de políticas	8
2.3 Abordagens visando responder às questões relacionadas com a definição de planos de saúde	16
3. Exemplos nacionais de planeamento	22
3.1 Quênia	22
3.2 Uganda	23
3.3 Zâmbia	24
4. Definição de prioridades	25
4.1 Enquadramento na elaboração de planos	25
4.2 Compromissos principais	26
4.3 Abordagens e instrumentos para a definição de prioridades e planos	27
5. Conclusão	32
Anexo A: Estudo de caso sobre o combate à malária em Zanzibar	35
Referências/Bibliografia	36



Lista de tabelas e figuras

Tabela 2.1	Processos inerentes ao planeamento	10
Tabela 2.2	Estrutura do quadro lógico	19
Tabela 4.1	Matriz de análise de desempenho de decisões por critérios múltiplos	29
Figura 1.1	Optimização de recursos	6
Figura 2.1	Árvore de decisão para a afectação de recursos públicos no sector da saúde	7
Figura 2.2	O ciclo de planeamento	11
Figura 2.3	Abordagem de ciclo de vida de gestão orientada para os resultados	18



Acrónimos e siglas

BAfD	Banco Africano de Desenvolvimento
APHRC	African Population and Health Research Centre
AusAid	Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional
BFP	Budget Framework Papers
	Documentos de quadro orçamental
MAC	Matriz de Abordagem Combinada
DALY	Disability-adjusted life years
	Anos de vida com ajustamento pela deficiência
DFID	Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional
SVD	Sistema de Vigilância Demográfica
ERE	Estratégia para a Recuperação Económica
GFHR	<i>Global Forum for Health Research</i>
	Fórum Global para a Investigação em Saúde
HSA	Harmonização para a Saúde em África
RHS	Recursos Humanos para a Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
AOL	Abordagem do Quadro Lógico
OME	Orçamentação marginal para estrangulamentos
ODM	Objectivo de Desenvolvimento do Milénio
MdS	Ministério da Saúde
QDMP	Quadro de Despesa de Médio Prazo
ONG	Organização Não Governamental
PNES	Planos Nacionais para Estratégias de Saúde
ODI	Overseas Development Institute
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OBD	Orçamentação Baseada no Desempenho
EPGS	Equipas Provinciais de Gestão da Saúde
GBR	Gestão Baseada nos Resultados
STPH	Swiss Tropical and Public Health Institute
SWAp	Abordagem Sectorial
TEHIP	Tanzania Essential Health Interventions Project
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNMHCP	Uganda National Minimum Health Care Package
OdR	Optimização de Recursos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS-AFRO	Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde em África



Síntese executiva

O planeamento dos serviços de saúde é uma tarefa crítica em todos os sistemas de saúde. É ainda mais importante que, nos países economicamente estrangidos, o planeamento seja empregue como um processo para a afectação eficaz de recursos escassos. Trata-se de um processo virado para o futuro, destinado a alcançar os resultados definidos. Através do planeamento, é identificada a visão, as metas ou os objectivos, e daí são formuladas as estratégias necessárias para alcançar a visão e as metas, definidos e afectados os recursos (financeiros, físicos, humanos) necessários para alcançar a visão e as metas, e definir as acções de implementação, incluindo os mecanismos de acompanhamento e avaliação do progresso rumo à concretização da visão e das metas.

Este relatório¹ debruça-se sobre os diferentes processos de planeamento, e faz uma distinção entre planeamento de políticas e planeamento empresarial. O planeamento de políticas, neste contexto, foca nas questões de saúde que afectam toda a população e problema específicos de saúde. O planeamento empresarial integra o planeamento estratégico e o planeamento operacional. Historicamente, o planeamento estava nas mãos de uns poucos a nível central, mas as abordagens vigentes realçam a importância da participação dos diferentes níveis do sistema de saúde (Governo regional, distrital e local). Também se constata uma maior procura pela participação do sector não governamental no processo de planeamento. Isto é particularmente importante, face à crescente participação do sector privado na prestação de cuidados de saúde e formação de recursos humanos.

Aos Governos, cabe encontrar soluções a várias questões que incidem no sector da saúde. Entre estas, destacam-se a reforma da função pública, as parcerias público-privadas e a descentralização. Têm vindo a ser desenvolvidas várias ferramentas, tanto a nível nacional como internacional, para recolher informação de apoio a decisões baseadas em provas e assegurar a participação significativa de mais actores.

Todos os responsáveis pela definição de políticas e outros decisores estão confrontados com instituições a arbitrarem entre exigências e afectação de verbas. Para facilitar a tomada de decisões, existem ferramentas de carácter económico e de definição de prioridades assentes em valores, objectivos comunitários e variáveis baseadas nas doenças. Os diferentes modelos de definição de modelos e de prioridades são orientados pela necessidade dos países procurarem optimizarem os seus recursos aquando da concepção e implementação dos seus programas.

Este relatório contém exemplos de formulação de planos em alguns países, indicando que um dos objectivos do planeamento no domínio da saúde é a integração das iniciativas no sector da saúde e das iniciativas visando o desenvolvimento em geral. Os exemplos revelam uma evolução para planos orientados para os resultados, e conseqüente optimização dos recursos. Os planos nacionais revelam uma preocupação crescente com a participação do sector não governamental e dos doadores para uma maior integração a nível da elaboração de planos, programas e orçamentos.

A necessidade de desenvolver as capacidades locais e nacionais de desenvolver ferramentas apropriadas no âmbito do planeamento foi reconhecida pelas autoridades nacionais e agências internacionais. O desenvolvimento de capacidades, e a recolha e aplicação apropriada de informação, são fundamentais para a eficácia dos planos e das decisões.

¹ Este relatório foi preparado por Orvill Adams para o diálogo da CABRI subordinado às políticas e definição de planos no sector da saúde. O diálogo decorreu em Nairobi a 4 e 5 de Abril de 2011.



1. Introdução

Os países confrontam-se com a dificuldade em conciliar a grande procura de serviços de saúde com recursos finitos ao seu dispor. Cabe-lhes decidir como aplicar os escassos recursos e onde gastar o dinheiro. De acordo com Green (1995), até à década de 1970, estas decisões eram tomadas por um pequeno grupo de técnicos superiores nos ministérios da saúde ou das finanças. Após esta data, os departamentos centrais responsáveis pela elaboração de planos têm registado uma tendência para expandir os seus processos de formulação de políticas de modo a incluir os governos locais e as entidades locais de saúde (Lee & Mills 1982). Mais recentemente, conforme referido mais adiante, os processos de planeamento têm promovido a inclusão do sector não governamental e sociedade civil. O planeamento formal, como forma aberta, racional, e sistemática de produzir decisões a respeito da afectação de recursos, é definido como 'um conjunto de actividades com o objectivo comum de melhorar os resultados no domínio da saúde, ou de melhorar as eficiências dos serviços de saúde, ou ambos' (MLTHC 2006). Porém, Green (1995) afirma que, nos contextos em que o planeamento é tratado como uma actividade técnica a ser executada por especialistas de planeamento, o processo fica isolado dos prestadores dos serviços, e os planos perdem a sua pertinência. O planeamento é um processo político associado à afectação de recursos valiosos, normalmente escassos, caracterizado pela concorrência pelos recursos por parte das partes interessadas (Baum 1988). Lee e Mills (1982) sugerem que o planeamento é também uma actividade social, pelo que deve tomar em consideração os valores da sociedade; diz respeito ao que deve ser feito para tornar possível um futuro desejado.

Estas constatações introduzem a noção de que o planeamento na área da saúde é mais do que um processo – propõe objectivos ao prestar atenção aos custos em termos de tempo e esforço para os alcançar. Também sugerem que, para um bom planeamento, há que existir critérios de medição da eficiência e dos resultados pretendidos.

O planeamento pode também ser definido com uma actividade necessária para assegurar a optimização de recursos (OdR) nos serviços de saúde. A optimização de recursos exige o conhecimento dos objectivos do sistema de saúde e a possibilidade de aferir os recursos necessários para alcançar os objectivos e os resultados. Neste contexto, colocam-se duas perguntas fundamentais:

- Estamos a utilizar bem os recursos para produzir serviços?
- Estamos a utilizar bem os serviços para melhorar a saúde?

A introdução da noção de optimização de recursos em muitos países está associada à aplicação dos recursos dos doadores. Uma proporção significativa das verbas da saúde em países de baixo rendimento é proveniente de doadores ou de ONG. Em 2007, por exemplo, foi esta a origem de mais de metade da despesa no sector da saúde no Ruanda (Logie, Rowson & Ndagije 2008). A partir da década de 1990, tem-se registado a tendência para uma maior prestação de contas no que respeita à despesa pública e à eficácia da ajuda. Entre os parceiros de desenvolvimento, o *Department for International Development* (DFID) tem liderado a apelo à aplicação da noção de optimização de recursos no apoio que presta aos processos de formulação de planos, orçamentos e programas dos países. O DFID, define a 'optimização de recursos' como 'a utilização optimizada dos recursos para alcançar os resultados pretendidos', o que passa por 'avaliar a relação entre a qualidade dos resultados alcançados face aos custos contraídos: passando dos resultados para a rendibilidade' (OCDE 2010a).

Dois instrumentos de análise principais são aplicados na avaliação da optimização de recursos, designadamente:



- *análise da relação custo-benefício* (ou da taxa interna de rendibilidade), ou estimativa dos respectivos custos e benefícios económicos, com os benefícios líquidos expressos em termos da taxa interna de rendibilidade sobre o investimento; e
- *análise da relação custo-eficácia*, ou uma comparação entre os custos das diversas abordagens para alcançar um determinado objectivo.

É de destacar que a Optimização de Recursos não tem que ver apenas com a redução dos custos mas também com melhores resultados e desempenho. O Fundo Global de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo, numa Nota de Orientação Técnica define a optimização de recursos como 'a utilização das intervenções mais custo-eficazes conforme apropriado para alcançar os resultados pretendidos' (UNAIDS 2010). A optimização de recursos não significa o custo mais baixo; o objectivo é de obter o maior impacto em relação ao dinheiro gasto, ao equilibrar o custo e a eficácia. A nota afirma que 'talvez a noção mais importante de optimização de recursos ... é que as intervenções que acarretam custos são justificadas se for possível demonstrar que produzirão maiores benefícios ao longo do tempo'.

Conforme ilustra a Figura 1.1, a optimização de recursos está associada à relação entre os subsídios, os resultados e os produtos. Os subsídios (profissionais de saúde, tecnologias, financiamento, instalações, conhecimentos) são os recursos aplicados na produção dos serviços de saúde. Os serviços, como consultas médicas, intervenções cirúrgicas, medicamentos e cuidados preventivos são prestados à população para produzir resultados associados à saúde, como redução da incidência de doenças, atenuação de dores e regresso ao trabalho. Os objectivos do sistema de saúde podem ser expressos em termos de cuidados de saúde de elevada qualidade e de um sistema de saúde sustentável (Health Council of Canada 2009). Visando a optimização de recursos, uma maior equidade, eficiência, eficácia e capacidade de resposta, os países estão a colocar mais ênfase ao desenvolvimento de sistemas de cuidados primários. As evidências sugerem que os sistemas de saúde em países de baixo rendimento com uma forte orientação para os cuidados primários tendem a privilegiar os pobres e são mais equitativos e acessíveis. A nível operacional, a maioria dos estudos comparando os serviços passíveis de serem prestados como cuidados primários ou serviços especializados revela que o recurso a médicos de cuidados primários contribui para reduzir os custos e aumentar a satisfação dos doentes, sem qualquer efeito negativo sobre a qualidade dos cuidados ou dos resultados para os doentes. Os serviços de saúde primária representam uma estratégia de optimização de recursos (Atun 2004).

Nos seus planos e estratégias relativas à prestação de serviços no sector da saúde, os países desenvolvidos também visam a optimização de recursos. Modelos de serviços integrados e recurso aos cuidados domiciliários são estratégias que produzem a optimização de recursos. A experiência no Canadá, na Itália e nos Estados Unidos revela que, na prestação de serviços aos idosos, os seguintes factores contribuem para um sistema bem sucedido:

- critérios específicos de internamento hospitalar;
- abordagem de equipa para a gestão de casos;
- acesso a uma vasta gama de serviços de apoio social e de saúde, para responder às necessidades do cliente; e
- participação activa dos medidos. (CHSRF 2010)

Os países que integram a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE) estão todos interessados em conseguir a optimização de recursos nos seus sectores de saúde. A OCDE (2010b) calcula que a despesa no sector da saúde aumentou em mais de 70% em termos reais desde os anos noventa. Na OCDE, a despesa pública no sector da

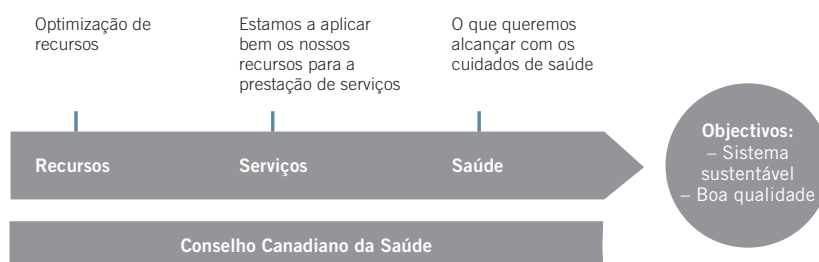


saúde, como percentagem da despesa geral do Estado, aumentou de 12% em 1996 para 16% em 2008. O objectivo geral dos países da OCDE é de conseguir melhores resultados no sector da saúde ao controlar o aumento da despesa pública. Estratégias susceptíveis de contribuir para a optimização de recursos são:

- adopção das melhores práticas de modo a obter ganhos de eficiência;
- reforçar a definição de prioridades;
- assegurar que os diferentes níveis administrativos compreendam as suas responsabilidades;
- modalidades mais equilibradas de prestação dos serviços (por exemplo, entre remuneração relacionada com o desempenho e remunerações fixas);
- dirigir a despesa à qualidade dos cuidados;
- melhor divulgação de informação sobre a qualidade e os preços aos utentes para que tomem decisões informadas; e
- controlo mais rigoroso para reduzir o número de consultas e encaminhamentos para serviços mais onerosos. (OCDE 2010b)

Nos países de baixo rendimento os ministérios da saúde estão sob pressão para desenvolver planos contendo actividades que respondam às necessidades da população a custos razoáveis.

Figura 1.1: Optimização de recursos



Fonte: Health Council of Canada (2009)

Nesta introdução, a definição de planos foi caracterizada como um processo sistemático, no qual participam mais de uma entidade central, com vista a assegurar uma melhor associação entre decisões futuras e metas preconizadas para o futuro. Os planos são sempre definidos contra um pano de fundo caracterizado pela escassez de recursos, sobretudo nos países em desenvolvimento. Tanto os cidadãos nacionais como os parceiros de desenvolvimento revelam uma tendência crescente para exigir uma melhor optimização de recursos.

Este documento distingue entre o 'planeamento empresarial' e o 'planeamento de políticas de saúde', e examina os eventuais contributos de cada um para o sistema de saúde.

2. Modalidades de planeamento e instrumentos associados

2.1 Definição de planos para reformas no sector da saúde

A maioria dos países em desenvolvimento em África encetou iniciativas de reforma do sector de saúde, que incluem reformas das entidades públicas, reformas da função pública, o desenvolvimento das capacidades de gestão, e o reforço da força reguladora do ministério da saúde e suas agências. Adoptaram, como prioridade, estratégias de redução da pobreza nas suas orientações macroeconómicas gerais. Até que medida o sector privado pode contribuir para que alcancem os seus objectivos, e o papel que os níveis subnacionais do Governo



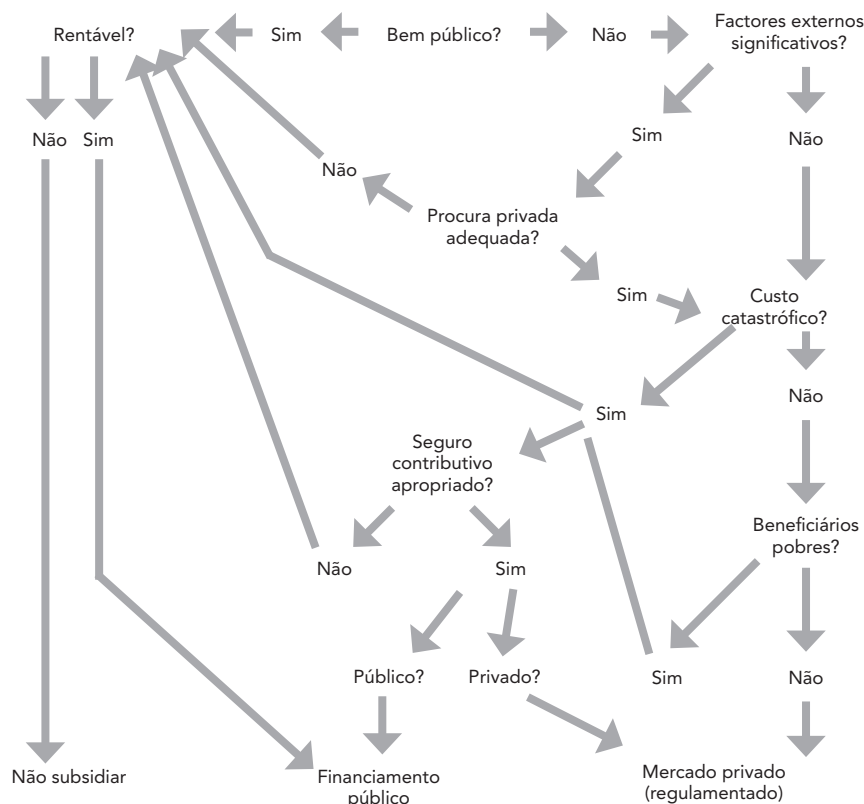
podem desempenhar, enquanto parceiros, para superar os constrangimentos do país, são perguntas a que estes países procuram responder. Tem-se registado uma transformação do papel do Governo; de prestador de serviços passou a ser adquirente de serviços de saúde para a população ao assegurar a qualidade dos serviços prestados através de mecanismos de aquisição, como celebração de empreitadas.

Muitos países, embora possuam regulamentos, não possuem os mecanismos nem a organização para os fazer executar. Em particular, à medida que o sector privado vai aumentando a prestação e o financiamento dos serviços de saúde em mais países, os Governos, através dos Ministérios da Saúde, sentem-se sob crescente pressão para assegurar a qualidade.

Público versus privado

Musgrove (1999) apresenta uma árvore de decisão interessante, ilustrando quando uma intervenção deve ser financiada pelo sector público e pelo sector privado. Conforme ilustra a Figura 2.1, os fundos públicos devem ser gastos em intervenções custo-eficazes que privilegiam desproporcionadamente os pobres e em cuidados de elevadíssimo custo, sobretudo quando o sistema participativo de seguro de saúde é fraco. As intervenções que não reúnem estes critérios não devem ser oferecidas ou devem ser oferecidas por sectores privados devidamente regulados.

Figura 2.1: Árvore de decisão para a afectação de recursos públicos no sector da saúde



Fonte: Musgrove (1999)



Descentralização e planeamento

A descentralização foi identificada pelo Banco Mundial (1993) como talvez o elemento mais importante para melhorar a eficiência e responder às condições e exigências locais em matéria da saúde. As vantagens adicionais da descentralização, abaixo enunciadas, são consentâneas com as abordagens tendentes à optimização de recursos:

- a eficiência técnica através de uma maior sensibilização aos custos a nível local;
- maior eficiência da afectação de recursos porque os decisores locais têm acesso a melhor informação sobre a situação no local que as autoridades centrais, cuja informação utilizam para adequar os serviços e a despesa às necessidades e preferências locais; e
- melhor qualidade dos serviços porque o público contribui para as decisões locais e responsabilizam os decisores locais pelas suas acções.

Vários factores contribuem para minimizar os eventuais impactos da descentralização. Um deles é a assimetria de informação, em que alguns níveis de Governo têm mais informação que outros e não partilham a informação. Grupos locais poderosos podem também influenciar o processo de planeamento, primando pelos seus próprios interesses. Se as capacidades administrativas e de gestão no governo local forem inadequadas, a descentralização pode não ter os resultados pretendidos devido à má gestão e desperdício dos recursos.

Smith (1997) adianta que os responsáveis pelos planos da saúde a nível local podem ter metas e objectivos diferentes para o sistema de saúde, por terem uma compreensão diferente das necessidades locais ou por motivos de limitações orçamentais. Vários factores afectam a participação dos funcionários locais e dos membros da comunidade, entre eles: 'desigualdade política, analfabetismo, pobreza, fraca comunicação, insegurança física, hostilidade profissional e burocrática, e centralização política e favoritismo'.

Além dos governos locais e das comunidades, as organizações não governamentais (ONG) também começam a participar mais no processo de planeamento descentralizado, com o apoio da comunidade internacional, que aprova do papel que desempenham nas Estratégias de Redução da Pobreza. O Banco Mundial exige a participação das ONG, comunidades locais e prestadores de serviços nos processos de definição de planos e estratégias visando a redução da pobreza.

Kolehmainen-Aitken (2004) concorda com Smith (1997) que os países podem adoptar múltiplas modalidades de descentralização no mesmo sector. Isto dificulta a elaboração de planos, confundido as linhas de responsabilização. Os fracos conhecimentos de planeamento e de gestão a nível local, a inflexibilidade a nível local no sentido de criar novos postos de trabalho ou recategorizar os existentes, e as mudanças rápidas que provocam incertezas e baixos níveis de moral junto dos funcionários, são outros desafios da descentralização. O processo de planeamento deve considerar os eventuais custos humanos e financeiros da descentralização.

2.2 Planeamento empresarial e de políticas

Esta secção explora os diferentes tipos de planeamento, quem são os responsáveis pela definição dos planos, o processo, e as abordagens relativas ao planeamento. É feita uma distinção entre o planeamento empresarial e o planeamento operacional, e pode ser visto como um processo que produz as estratégias necessárias para alcançar, ou procurar alcançar, um determinado futuro organizacional (Jaeger 1982). O planeamento estratégico assenta na



previsão das tendências futuras, dados e pressupostos. Embora recorra a dados existentes, tende a ser orientado por ideias, e reveste-se de carácter qualitativo. O processo visa produzir uma visão e objectivos claros para a organização. Ademais, o planeamento estratégico está associado ao desenvolvimento de políticas e a transformação das mesmas em programas de serviços, através da afectação de fundos a programas (tanto de capital como correntes). Os planos estratégicos não devem estar vinculados às estruturas orçamentais ou calendários anuais, mas às decisões em torno das orientações e prioridades do sistema de saúde.

O planeamento operacional está associado às actividades a serem executadas a curto prazo e representa um subconjunto de um plano estratégico de trabalho. Explica como e que parte do plano estratégico será executada num determinado período de tempo. Frequentemente, os planos operacionais estão ligados ao ciclo orçamental anual.

O planeamento de políticas é o processo que visa alcançar um determinado objectivo no domínio da saúde. Os objectivos políticos no domínio da saúde focam normalmente nos aspectos tendentes ao melhoramento da saúde (como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio), melhorar o acesso aos serviços de saúde e promover a eficiência na prestação de serviços. Procura responder a quatro perguntas importantes:

- Qual é a situação actual do sistema de saúde? (avaliação, análise situacional)?
- Qual é a evolução que prevemos para o sistema de saúde? (prioridades, objectivos, metas e decisões)?
- O que deve o sistema fazer para lá chegar? (organização e gestão)?
- Como saberemos o que alcançámos? (avaliação)?

Processos inerentes ao planeamento

Outras abordagens sugerem quatro passos um tanto ou quanto diferentes, partindo da definição de planos até à execução, nomeadamente a análise situacional, a avaliação das necessidades, a definição de metas e a implementação. A Tabela 2.1 contém as actividades habitualmente associadas a cada passo principal.

A definição de planos nem sempre é um processo racional. É frequente os responsáveis pela elaboração dos planos se depararem com dificuldades associadas a divergências políticas, lutas pelo poder e necessidades divergentes das diversas partes interessadas.

O planeamento consiste em diferentes processos, a saber:

- identificar a visão, as metas, e os objectivos a serem alcançados;
- formular as estratégias necessárias para a consecução da visão e das metas;
- definir e fazer afectação dos recursos (financeiros e outros) necessários para alcançar a visão e as metas; e
- definir os mecanismos de implementação, que incluem as modalidades de acompanhamento e avaliação do progresso na consecução da visão e das metas.

**Tabela 2.1:** Processos inerentes ao planeamento

Passo	Acções associadas
Análise situacional	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as pessoas a serem servidas Estudar o contexto dos serviços Consultar as partes interessadas relevantes Identificar as responsabilidades em relação ao orçamento e ao plano da saúde Analisar os recursos públicos actuais para os serviços Identificar outros recursos para os serviços do sector Analisar a utilização actual dos serviços
Avaliação das necessidades	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer a prevalência, a incidência, e a gravidade das condições prioritárias Actualizar os dados relativos às taxas de prevalência Identificar o número de casos anuais previstos Calcular os recursos para a prestação de serviços face às necessidades identificadas Determinar o custo dos serviços previstos
Definição de metas, desenvolvimento de opções, organização e decisões de gestão	<ul style="list-style-type: none"> Definir as prioridades, ao identificar a necessidade prioritária a partir das lacunas entre o primeiro e o segundo passo Definição e avaliação de opções Definir metas para os planos de serviço a médio prazo de três a cinco anos Elaborar uma matriz de mudanças, acções e actividades organizacionais necessárias, e requisitos de gestão
Implementação	<ul style="list-style-type: none"> Gestão do orçamento Acompanhamento e avaliação

O ciclo de planeamento está ilustrado na Figura 2.2. O primeiro passo, o estudo do ambiente, passa pela recolha de informação sobre o estado de saúde da população, os recursos disponíveis, e os mecanismos institucionais. O segundo passo, a definição de orientações, metas e objectivos, identifica a situação prevista para a saúde. Neste passo, são estabelecidos os critérios para a análise comparativa dos perfis de saúde, desempenho organizacional e do sistema. O terceiro passo, problemas e desafios, identifica as lacunas entre a situação vigente e a situação preconizada. O quarto passo passa pela identificação das soluções para cada problema ou desafio identificado. O quinto passo abrange a avaliação de cada solução possível em termos de viabilidade, custo e eficácia, para que as soluções alternativas possam ser comparadas umas às outras. O sexto passo passa pela escolha da melhor solução ou conjunto de soluções a implementar para ultrapassar os desafios previamente identificados. A escolha deve tomar em linha de conta as limitações fiscais, políticas e demais. O passo associado à implementação normalmente começa com um plano de implementação identificando o que deve ser feito e por quem.

A Figura 2.2 identifica o acompanhamento como um passo distinto. Na verdade, o acompanhamento é um processo contínuo de retroinformação para todas as partes interessadas. O passo final é a avaliação, que consiste em medições rigorosas dos resultados da implementação para determinar se as soluções implementadas são eficazes no que toca à concretização dos objectivos. Também consiste em avaliar o ambiente para saber se sofreu mudanças. Este passo deve ser acompanhado de um plano de avaliação preparado muito antes da avaliação ser levada a cabo. O planeamento é um processo de aprendizagem. Embora a explicação acima faça parecer que se trata de um processo linear, na verdade é um processo dinâmico caracterizado pela retroinformação a vários níveis.



Figura 2.2: O ciclo de planeamento



Um elemento importante do Ciclo de Planeamento é a análise do conjunto de soluções. Em parte, isto consiste em identificar as prioridades que exigem soluções. Após o estudo do ambiente e definição das soluções e objectivos, e identificação das lacunas face aos problemas e os desafios, é necessário decidir quais os desafios ou as lacunas que o Governo pretende superar com os seus escassos recursos. Isto é a definição de prioridades, uma tarefa importante no planeamento para a distribuição de recursos ao sistema de saúde (Segal & Chen 2001).

Motivos e soluções para o fracasso dos planos

Independentemente das actividades previstas nos planos observarem os calendários dos ciclos políticos e empresariais, os planos nem sempre são executados com sucesso. Nesta secção, são analisadas as razões principais pelo fracasso dos planos, e sugerido um elenco de áreas que requerem intervenção para assegurar planos efectivos, dotados de recursos e executados. Estas são aprofundadas na secção seguinte, onde são apresentados dois instrumentos específicos tratando de muitas das áreas aqui assinaladas.

As razões pelo insucesso do planeamento não mudaram significativamente desde que Amonoo-Lartson et.al. (1984) referiu às causas do insucesso de planos *District health care: Challenges for planning, organization and evaluation in developing countries*. Estes referiram ao fraco empenho dos quadros superiores, que não compreendem o significado de 'planeamento empresarial', e a fraca aceitação pelo pessoal operacional responsável pela execução do plano. Os processos débeis de planeamento, sem incluir as partes interessadas mais importantes, e a confusão entre o planeamento estratégico e operacional, são outras razões citadas para o insucesso. Planos demasiado complexos, fracamente formatados e de difícil leitura também contribuem para planos que não são utilizados. As aptidões e as competências dos responsáveis pela elaboração dos planos contribuem também para o fracasso dos planos. A não utilização dos planos nas decisões tomadas leva à desmotivação de todos quanto participam no processo de planeamento.

Alguns comentadores sugerem que as estratégias e os planos nacionais em vigor no domínio da saúde não revelam uma forte orientação para programas baseados em provas e resultados, revelando, pelo contrário:



- ausência de abordagens multisectoriais com vista a alcançar os resultados nos serviços de saúde;
- fraca atenção a estrangulamentos no país; e
- fraca determinação dos custos das estratégias, assente em abordagens normativas e orientadas para as doenças, em vez de uma análise do custo de eliminar os estrangulamentos no sistema que impedem o alargamento da cobertura de intervenções de saúde que salvam vidas. (ver http://www.who.int/healthsystems/HSS_HIS_HHA_action_framework.pdf)

Ao longo do tempo, os comentadores têm proposto uma gama de factores críticos de sucesso, acções necessárias, abordagens apropriadas, e mecanismos de transparência e prestação de contas, para assegurar que os planos sejam eficazes, suficientemente abrangentes, e susceptíveis de desencadear acções. Segue uma apresentação consolidada.

Integração dos processos inerentes à definição de planos: Os obstáculos que impedem que o sistema de saúde consiga alcançar os melhoramentos preconizados devem ser tratados no seu conjunto, de modo a melhorar os resultados de forma sustentada e eficaz (ver caixa abaixo relativa à Harmonização para a Saúde em África, HSA). Os planos, além serem reflexão do contexto do país, devem estar associados a outros processos, como abordagens sectoriais (SWAPs), estratégias de redução da pobreza (ERP) e estratégias para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (Barry & Mensah 2005). Os planos devem responder as questões multisectoriais (por exemplo, sectores de saúde e água), prever intervenções multisectoriais, e tomar em linha de conta os sectores público, privado e ONG no domínio da saúde. Um eixo final para a integração do planeamento no domínio da saúde consiste em integrar os planos e os orçamentos da saúde, assim assegurando que os planos sejam acessíveis, do ponto de vista financeiro, e exequíveis, e que os orçamentos da saúde e a utilização de recursos sejam informados pelos planos da saúde.

Qualidade do processo de planeamento: O *Health planner's toolkit* (MLTHC 2006) sugere os seguintes seis factores de sucesso para a definição de planos do sector de saúde: definição da pergunta certa; escolha do processo mais apropriado à tarefa (estratégico ou operacional); engajamento das partes interessadas; estabelecimento de uma gestão de projecto eficaz; planeamento em conformidade com os critérios éticos (pressupostos subjacentes às decisões são claramente indicados); e avaliação e aplicação da informação pertinente ao processo de planeamento. Outros sugerem que os processos de planeamento devem ser claros, evitar qualquer duplicação e assegurar que os custos sejam apropriadamente determinados, que as acções estejam ligadas a prazos e acessíveis do ponto de vista financeiro (Planning and Budgeting 2007), e que os planos assentem em processos, com destaque para a eficácia da prestação de serviços, em vez de se limitar ao simples cumprimento de tarefas e prestação de um produto. Também tem sido sugerido que a integração dos orçamentos de capital e operacionais contribuirá para uma melhor afectação de recursos.

Reforço de capacidades: O reforço de capacidades no domínio de definição de planos, e estabelecimentos de elos entre a execução e os planos, passando pelos processos de formulação de orçamentos, acompanhamento e avaliação, é imprescindível para a qualidade dos planos e reforça a probabilidade destes serem executados. A iniciativa de HSA identificou vários aspectos associados ao reforço de capacidades, inclusive a necessidade de desenvolver as capacidades nacionais no domínio da definição de planos, determinação de custos e formulação de orçamentos através da formação. A iniciativa está associada aos esforços visando a criação de instituições fortes de planificação, orçamentação e gestão em prol da saúde. Este tipo de iniciativa deve estar associado à criação, promoção e divulgação de conhecimentos, orientação e ferramentas de carácter técnico.



Destaque para os resultados: Vários comentadores têm referido ao fraco elo entre o processo de definição de planos e a identificação, acompanhamento e alcance dos resultados mais importantes, como um dos factores que mais tem contribuído para o insucesso dos planos. As intervenções para ultrapassar este desafio passam pelo desenvolvimento de sistemas para o financiamento orientado para os resultados e o reforço de capacidades no âmbito do acompanhamento do desempenho dos sistemas de saúde (ver HSA n.d.).

Mecanismos de acompanhamento, revisão, transparência e prestação de contas: Barry e Mensah (2005) sugerem que a disseminação apropriada dos planos é um elemento crítico para a sua aceitação, apropriação e execução. Isto deve estar associado à participação das partes interessadas em todo o processo (MLTHC 2006) e à publicação de informação relativa ao acompanhamento. A HSA (n.d), por sua vez, sublinha a necessidade de realizar ou melhorar a revisão das políticas nacionais de saúde. A boa definição de planos exige também o reforço das linhas de subordinação e responsabilização, e um processo de auditoria forte e independente (Planning and Budgeting 2007).

Gestão da ajuda: Um entrave importante à definição integrada e eficaz de planos no sector da saúde nos países em desenvolvimento é a fragmentação do financiamento das intervenções de saúde associadas à ajuda. A iniciativa de HSA foca principalmente num conjunto de soluções comuns destinadas a responder às deficiências do sector da saúde, ao harmonizar a aplicação da ajuda. Em particular, aponta para a necessidade de harmonizar as intervenções no domínio da saúde, ao agregar o financiamento recebido de todos os mecanismos globais e desenvolver estratégias associadas à eficácia da ajuda em prol da saúde. A integração de programas horizontais e verticais, através de intervenções de gestão no sector da saúde, é fundamental.

Harmonização para a Saúde em África

Com o intuito de responder às preocupações associadas à gestão fraca e/ou fragmentada do sector da saúde nos países em desenvolvimento, o Banco Africano de Desenvolvimento (BAfD), a ONUSIDA, o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), a OMS e o Banco Mundial desenvolveram um Quadro de Acção destinado a ultrapassar as barreiras à incrementação dos serviços de saúde através de um mecanismo denominado Harmonização para a Saúde, assente em seis elementos principais:

- prestar apoio aos países no sentido de identificar, planear, e responder aos constrangimentos do sistema de saúde para melhorar os resultados no sector da saúde de modo sustentado e eficaz;
- desenvolver as capacidades nacionais através de formação nas áreas de preparação de planos, determinação de custos, elaboração de orçamentos, harmonização, estímulo de intercâmbios profissionais, criação de uma lista de conhecimentos técnicos na região e desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino em África;
- promover a produção e a disseminação de conhecimentos, orientações e instrumentos em áreas técnicas específicas, com destaque para o reforço dos serviços de saúde, controlo do desempenho dos sistemas de saúde, financiamento baseado nos resultados e síntese dos conhecimentos especializados nos domínios da eficácia da ajuda e da saúde;
- prestar assistência aos países no sentido de alavancar recursos previsíveis e sustentados para o sector da saúde, desenvolver casos de investimento, proporcionar uma plataforma para reunir os financiamentos provenientes de todos os mecanismos globais;



- assegurar a prestação de contas e contribuir para acompanhamento do desempenho dos sistemas nacionais de saúde, da eficácia da ajuda e do desempenho da Parceria Internacional para a Saúde; e
- reforçar a coordenação em apoio de planos nacionais e processos de implementação, ajudando os países a superarem os impedimentos nacionais provocados pelos constrangimentos nas agências internacionais.

Fonte: http://www.who.int/healthsystems/HSS_HIS_HHA_action_framework.pdf

Informação para o planeamento

Outro factor fundamental que incide sobre a qualidade dos planos é a disponibilidade de dados e informação para o planeamento. Todos os processos de planeamento requerem dados e informação para a análise da situação actual, a identificação das lacunas e a definição de prioridades. Em todo o processo de planeamento devem ser tomadas decisões. Existe um grande número de actores a diferentes níveis do sector de saúde, e uma grande combinação de recursos (físicos, humanos, financeiros) e actividades. As populações a serem servidas também diferem quanto ao género, o estado de saúde, os perfis de doença e localização geográfica. A preparação de orçamentos e planos também requer informação sobre os custos das fontes nacionais e internacionais.

Um factor fundamental do Projecto para Intervenções Essenciais de Saúde na Tanzânia (TEHIP) é o recurso a evidências aquando da definição de planos. A gestão das ferramentas de informação usadas na definição de intervenções de saúde assentes em evidências consiste em:

- uma ferramenta para a definição da carga de doença, por distrito, ao transformar a informação relativa à saúde da população do Sistema de Vigilância Demográfica (SVD) de modo a facilitar a compreensão da mesma pelos funcionários distritais;
- uma ferramenta de contabilidade distrital, que permite uma maior normalização na análise de orçamentos e a produção de gráficos de fácil utilização que demonstram como os planos de despesa se integram no plano geral;
- uma ferramenta de mapeamento para os serviços distritais de saúde, que permita aos administradores dos serviços o acesso a uma rápida representação visual da disponibilidade de serviços específicos de saúde ou a utilização das instalações de saúde para várias intervenções em todo o distrito; e
- ferramentas de auscultação comunitária, visando promover a participação da comunidade e a integração da mesma nos planos, assim promovendo a apropriação. (ODI 2009).

Foi relatado que as ferramentas produziram informação que resultou numa afectação mais apropriada às necessidades locais.

Um estudo da planificação e orçamentação baseadas em provas nas Filipinas ressaltou os seguintes aspectos:

- a identificação dos objectivos de desenvolvimento assentou numa base de dados incompleta;
- na elaboração dos planos, não foi feita uma análise das tendências históricas, susceptíveis de indicar outras preocupações menos evidentes;
- os planos deviam ter sido validados com melhores dados;



- não continham metas anuais;
- não incluem a questão do género;
- os planos não continham métodos de monitorização e avaliação para facilitar a implementação e alcançar os objectivos;
- as parcerias globais para o desenvolvimento estavam quase ausentes; e
- existia uma falta de dados económicos e outros aos níveis subnacional e local (Orbeta, 2006).

Estes aspectos são constatados em muitos países. A OMS informa que, frequentemente, os esforços de planificação são dificultados pela falta de informação. Sugere, portanto, que a planificação deve fazer uso de indicadores simples, possíveis de extrair a partir de dados facilmente obtidos (OMS 2003).

O tipo de informação disponível terá um efeito sobre a capacidade dos técnicos das finanças de tomar e fazer executar decisões relativas à despesa. As propostas de optimização de recursos requerem dados que possam ser utilizados para desenvolver indicadores de desempenho e de resultados. Schick (1998) afirma que, para alcançar bons resultados de despesa pública, é necessário que exista informação, incentivos e outros mecanismos institucionais.

A obtenção e a disseminação de informação são tarefas onerosas. Exigem uma decisão ponderada sobre o tipo e a quantidade de dados que são necessários, e como os obter. A abordagem em relação à recolha de dados depende do nível de análise: individual, organização, comunidade ou sociedade. É possível recolher dados a respeito de: factores de risco; lacunas nos serviços; falta de recursos; condições de risco; e ameaças. Esta é caracterizada como uma abordagem negativa à recolha de dados. Uma abordagem positiva inclui: resiliência e forças pessoais; serviços; recursos; oportunidades para parcerias e colaboração; activos comunitários e oportunidades sociais (HCU 2001). Convém desenvolver um plano de recolha de informação e de dados para apoiar a definição de planos, orçamentos e indicadores.

Seguem algumas das iniciativas que foram introduzidas:

- A HSA visa apoiar os países no sentido de melhorar as análises sobre a política nacional de saúde, a planificação e a orçamentação, bem como a provisão de ajuda, a mobilização de recursos, e o desenvolvimento de sistemas de gestão e saúde a longo prazo.
- A Terceira Mesa Redonda Internacional, subordinada à Gestão dos Resultados para o Desenvolvimento, debruçou-se sobre a reforma dos processos de planeamento e de orçamentação com vista a melhorar a prestação dos serviços e a aplicação mais eficiente de recursos. A Nota de Informação sugere que o elo entre o planeamento, a orçamentação e os resultados é fraco, e conclui que os processos de planeamento devem ser claros, evitar duplicação e assegurar que os custos sejam apropriadamente determinados, que as acções estejam ligadas a prazos e acessíveis do ponto de vista financeiro (Planning and budgeting 2007). Também sugere que a integração dos orçamentos de capital e operacionais permitiria uma melhor afectação de recursos. As reformas exigem linhas de subordinação e responsabilização mais fortes, e um processo de auditoria sólido e independente. A mesa redonda concluiu que, nos países com uma forte dependência na ajuda, os sistemas de prestação de contas são frequentemente fracos. Foi sublinhado que os melhoramentos de grande envergadura demoram tempo e exigem o apoio de políticos e gestores de alto calibre. Sistemas apropriados de incentivos podem contribuir para o melhoramento das capacidades dos responsáveis pela elaboração dos planos e dos sistemas de planeamento. A mesa redonda concluiu que sistemas



de planeamento subnacionais devem reflectir os diferentes níveis de governo, ao procurarem melhorar o planeamento e a orçamentação.

- A *Health Metrics Network* (HMN), uma parceria global fundada em 2005, presta apoio ao fortalecimento dos sistemas nacionais de informação sobre a saúde para efeitos da tomada de decisões. A HMN sugere que as dificuldades associadas à recolha de dados de boa qualidade em relação à saúde pública não se prendem apenas com os constrangimentos de ordem financeira, como também com o défice de metodologias apropriadas para a aferição exacta nalguns países. Igualmente, a apresentação de dados epidemiológicos é, regra geral, dirigida aos especialistas e outros peritos. É necessário assegurar que a informação seja de fácil compreensão para os fazedores de políticas, trabalhadores de saúde, técnicos administrativos e o público (WHO 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), outras agências da ONU e organizações bilaterais têm prestado apoio às acções de planeamento a países africanos. Os Escritórios Regionais da OMS em África (OMS-Africa) desenvolveram um guia para o desenvolvimento de um plano nacional de saúde, cujas características são consentâneas com aquelas acima referidas.

Quem são os responsáveis pela definição de planos?

Tradicionalmente, os responsáveis pelos planos são funcionários do Ministério da Saúde a nível central. À medida que os países introduzem reformas no sector de saúde, tem-se registado um crescente destaque para a descentralização do sistema de saúde.

O nível distrital tem sido privilegiado para o planeamento descentralizado em África e na Ásia. Com a colaboração da OMS e de outros parceiros de desenvolvimento, os países têm vindo a reforçar a formulação das suas políticas, planos e estratégias nacionais de saúde. Existe um consenso geral que os responsáveis pela preparação dos planos devem possuir as aptidões e as competências que os permitam participar nas actividades de planeamento como a gestão de projectos sectoriais, economia da saúde, análise da despesa na saúde pública, análise do sector da saúde, planeamento e acompanhamento dos programas de saúde. Muitos países criaram unidades de planeamento para a saúde. Para serem eficazes, estas unidades devem estar dotadas de equipas pluridisciplinares. Instituições nacionais e internacionais, como o *African Population and Health Research Centre* (APHRC) e o *Swiss Tropical Public Health Institute* (STPH) têm-se esforçado por reforçar as capacidades dos responsáveis pela elaboração de planos de saúde em África. O STPH tem estado a colaborar com o Ministério da Saúde e Assistência Social, o Ministério das Finanças, o Gabinete do Primeiro-Ministro, os Governos Regionais e Locais, e o Centro Informático da Universidade de Dar es Salaam no sentido de introduzir instrumentos informáticos dotados de programas de Contabilidade para os Serviços de Saúde Distritais, para utilização pelos responsáveis dos planos distritais de saúde na Tanzânia. O APHRC realiza seminários sobre diferentes aspectos do planeamento e da gestão de informação no domínio da saúde (ver www.aphrc.org/insidepage/). O investimento no reforço das capacidades no domínio do planeamento para a saúde é uma prioridade para muitos governos nacionais e parceiros de desenvolvimento.

2.3 Abordagens visando responder às questões relacionadas com a definição de planos de saúde

Esta secção debruça-se sobre algumas das abordagens aplicadas para responder aos aspectos complexos, e lidar com os actores no planeamento para o sector da saúde. Cada uma das abordagens está orientada para os resultados e, por conseguinte, abarca a noção de optimização de recursos.



Gestão do ciclo de vida com base nos resultados

O financiamento e a prestação de serviços de saúde em muitos países de baixo rendimento dependem, em grande parte, dos parceiros de desenvolvimento e do impacto dos mesmos sobre os processos de preparação de planos e orçamentos. O PNUD (2009) publicou um manual promovendo uma abordagem que associa o planeamento, a monitorização e a avaliação dos resultados. Defende que os projectos e os programas têm uma melhor hipótese de sucesso se os objectivos e o âmbito dos programas e/ou projectos estiverem bem definidos e esclarecidos, assim reduzindo os desafios de implementação. Também sublinha as conclusões já referidas, que a participação a alto nível de utentes, clientes e partes interessadas em programas e projectos, é fundamental para o sucesso. A comunicação entre as partes interessadas foi identificada como um factor de sucesso porque ajuda a esclarecer as expectativas, os papéis e as responsabilidades. O progresso e o desempenho devem também ser comunicados a fim de estimular o envolvimento contínuo das partes interessadas. O manual afirma igualmente que o acompanhamento e a avaliação são factores críticos de sucesso porque contribuem para assegurar que tudo está a correr da melhor forma. O acompanhamento permite a identificação precoce de eventuais problemas para que possam ser tratados e assim poupar custos a longo prazo.

É referido que a elaboração de bons planos contribui para que os ministérios da saúde se concentrem nos resultados mais importantes, e o acompanhamento e avaliação facultam informação que pode ser utilizada para que sejam tomadas melhores decisões. A gestão baseada nos resultados (GBR) trata-se de uma estratégia de gestão que visa alcançar um melhor desempenho e resultados demonstráveis. O PNUD sugere que uma boa GBR representa um processo contínuo de retroinformação, aprendizagem e melhoramentos constantes. A Figura 2.3 ilustra os passos na GBR. Os princípios centrais da GBR são apropriação, engajamento das partes interessadas e destaque para os resultados. A questão do género também é tida em consideração nos planos, no acompanhamento e na avaliação. Hoje, muitos países de baixo rendimento fazem questão de integrar as questões relacionadas com a equidade do género nos seus planos e nos serviços que prestam.

O planeamento centrado nos resultados exige uma ponderação dos impactos dos planos, dos resultados das acções e dos produtos das actividades executadas. São estabelecidas bases de referência em relação aos factores críticos do plano, e metas explícitas são definidas. O quadro de GBR também exige a identificação dos meios de verificação dos resultados das diferentes componentes do plano.

O manual do PNUD apresenta as seguintes considerações em matéria do planeamento centrado nos resultados:

- os planos devem focar os resultados, e transformações reais de desenvolvimento visando melhorar a vida das pessoas. Não devem ser preparados simplesmente para cumprir as ordens dos superiores ou da sede;
- o planeamento deve ser sempre visto como um processo, do qual o plano propriamente dito é apenas um dos produtos;
- o processo de planeamento deve incluir um plano e um mecanismo para gerir, monitorizar e avaliar as ideias bem concebidas de criação de parcerias e de colaboração para alcançar os resultados previstos;
- o processo de planeamento deve ser altamente participativo e muito aberto, promovendo a franqueza, a criatividade e a inovação;
- os planos devem ser orientados pelos princípios fundamentais relacionados com a eficácia do desenvolvimento;



- os resultados mais importantes do processo de planeamento são a clareza das metas, os objectivos e uma visão para o futuro, o empenho e motivação das partes interessadas, e clareza sobre o processo de suplemento e gestão dos planos; e
- o plano desenvolvido serve de registo útil daquilo que foi acordado e de ferramenta para comunicar com os novos actores (PNUD 2009)

A UNICEF (2003) defende que o planeamento de programas centrados nos resultados assegura que a soma das intervenções é suficiente para alcançar o resultado pretendido, e sugere que um quadro completo centrado nos resultados deve conter os seguintes elementos:

- resultados estratégicos relacionados com o gozo de direitos pelas crianças e mulheres, ou a alteração da situação delas – a concretização dos mesmos dependerá de muitos outros factores, incluindo as considerações dos outros parceiros;
- Resultados relacionados com transformação institucional, qualidade ou cobertura de um serviço ou mudança comportamental, cujo alcance pode depender da contribuição de outros; e
- resultados dos projectos ou actividades completados, ou dos produtos, cuja concretização, grosso modo, está sob o controlo do Governo, da UNICEF e dos parceiros.

Figura 2.3: Abordagem de ciclo de vida de gestão orientada para os resultados



O quadro lógico

O quadro lógico é uma modalidade sistemática de desenvolver o conceito de um projecto e de seleccionar uma estratégia para o projecto. É útil, sobretudo, na definição de planos destinados a responder a um problema específico de política. O Governo australiano e várias outras agências de ajuda bilateral e multilateral, a saber a DFID e a UNICEF têm aplicado e promovido o 'Quadro Lógico' como ferramenta importante no seu arsenal de planeamento. A AusAID (2005) produziu um guia para o utente, descrevendo o Quadro Lógico como actividade e metodologia, e como ferramenta de apresentação e gestão da ajuda, que ajuda os planeadores e os gestores a:



- analisar a situação existente durante a apresentação da actividade;
- estabelecer uma hierarquia lógica da forma em como os objectivos serão alcançados;
- identificar os eventuais riscos para o alcance dos objectivos, e resultados sustentáveis;
- estabelecer a melhor forma de monitorizar e avaliar os resultados;
- se desejado, apresentar uma síntese da actividade no formato normal; e
- monitorizar e rever as actividades durante a implementação.

No quadro lógico, a análise do problema, a análise das partes interessadas, a análise dos objectivos e a selecção da estratégia preferida, são os quatro principais elementos analíticos do processo de planeamento. A matriz do quadro lógico está apresentada na Tabela 2.2.

O guia da AusAID sugere que é importante que as ferramentas analíticas do quadro lógico sejam aplicadas de modo participativo. A apropriação dos processos e do plano principal é imprescindível para a implementação eficaz e para a sustentabilidade dos benefícios dos parceiros nacionais. Adianta que o quadro lógico não é uma ferramenta fácil de utilizar, até para os mais experientes (AusAID 2005).

Tabela 2.2: Estrutura do quadro lógico

Descrição da actividade	Indicadores	Meios de verificação	Pressupostos
Objectivo ou impacto – o impacto a longo prazo do desenvolvimento (meta da política)	Como a sua concretização será medida, incluído metas apropriadas (quantidade, qualidade e tempo)	Fontes de informação sobre os indicadores das metas, incluindo quem vai recolhe-la e com que frequência	
Propósito ou resultado – o(s) resultado(s) de médio prazo que a actividade pretende alcançar em termos dos benefícios para os grupos alvos	Como o alcance do propósito será medido, incluído metas apropriadas (quantidade, qualidade e tempo)	Fontes de informação sobre o propósito dos indicadores, incluindo quem vai recolhe-la e com que frequência	Pressupostos a respeito do propósito e associação do mesmo às metas
Objectivos de componentes ou resultados intermediários – a este nível, a hierarquia dos objectivos ou dos resultados pode ser utilizada para oferecer um elo claro entre os resultados e os produtos (sobretudo no que respeita às actividades maiores, compostas de vários componentes)	Como o alcance dos objectivos das componentes será medido, incluído metas apropriadas (quantidade, qualidade e tempo)	Fontes de informação sobre os indicadores dos objectivos das componentes, incluindo quem vai recolhe-la e com que frequência	Pressupostos a respeito da associação entre os objectivos dos componentes e os resultados
Resultados – os produtos ou serviços tangíveis decorrentes da actividade	Como o alcance dos resultados será medido, incluído metas apropriadas (quantidade, qualidade e tempo)	Fontes de informação sobre os indicadores de resultados, incluindo quem vai recolhe-la e com que frequência	Pressupostos a respeito do propósito da associação entre os resultados e as componentes

Orçamentação baseada no desempenho

A orçamentação baseada no desempenho (OBD) tem utilidade, sobretudo, num contexto de planeamento corporativo, visa melhorar a eficiência e a eficácia da despesa pública ao associar o financiamento das organizações do sector público aos resultados daí decorrentes, ao recorrer sistematicamente à informação sobre o desempenho. A implementação dos planos depende, em grande parte, dos processos de orçamentação. O financiamento de programas de saúde é frequentemente visto como algo que não contribui para a economia nacional e,



por conseguinte, não constitui uma área prioritária em muitos países. Numa nota técnica do FMI, Robinson e Last (2009) afirmam que a OBD não deve ser considerada em países com sistemas disfuncionais de gestão fiscal e de governação. Os elementos essenciais para um sistema básico baseado no desempenho são: informação sobre os objectivos e os resultados da despesa do governo, expressada no formato de indicadores-chave; e um processo de preparação de orçamentos concebido para facilitar a utilização desta informação nas decisões de financiamento do orçamento. A nota técnica sublinha que, se o processo de planeamento for separado, em termos institucionais, do processo orçamental, é possível que os resultados pretendidos não sejam alcançados. Alguns países têm dificuldade em assegurar que as prioridades identificadas no processo de planeamento fiquem reflectidas nas afectações dos orçamentos nacionais. Nos países onde a OBD é vista como uma forma de melhorar o planeamento através da utilização de uma melhor informação sobre o orçamento, haverá um maior respeito pelo plano por parte daqueles que preparam o orçamento. Porém, se os decisores em matéria do orçamento não tomarem em devida consideração as prioridades identificadas no plano, isto pode dar origem a eventuais conflitos entre os objectivos constantes do planeamento e do orçamento, e enfraquecer a definição de prioridades por parte do Governo.

Orçamentação marginal para estrangulamentos (OME)

O Banco Mundial, a UNICEF e a OMS têm colaborado no sentido de desenvolver uma ferramenta que ajuda os países a identificar os constrangimentos de implementação no sistema de saúde que deviam ser removidos para otimizar os resultados preconizados na área da saúde, e para estimar os custos marginais de ultrapassar esses constrangimentos. Esta ferramenta - Orçamentação marginal para estrangulamentos (OME) – foi concebida para ajudar os Governos a formularem os seus planos nacionais ou subnacionais de médio prazo. Knippenberg, Soucat e Vanlerberghe (2004) afirmam que a ferramenta pode facilitar o processo relativo às despesas públicas de saúde, e proporciona uma base para diálogo e planeamento de políticas. Soucat et al. (2002) relatam que, no Mali, a abordagem OME tem sido utilizada para preparar o quadro de despesa de médio prazo (QDMP) e hoje é utilizada para as decisões orçamentais anuais. Os orçamentos elaborados com recurso à OME no Mali resultaram numa mudança das afectações às rubricas. Os recursos humanos para os serviços de saúde, os serviços domiciliários e as populações pobres foram identificados como as áreas que beneficiarão de um maior financiamento marginal. Soucat et al. (2002) sugerem que os orçamentos desenvolvidos com recurso a esta ferramenta revelam resultados mais positivos no sector da saúde e uma maior susceptibilidade para a contribuir para o alcance dos ODMs, ao aumentar os recursos estrategicamente por uns poucos dólares norte-americanos por capita e por ano. A OME é vista como uma ferramenta a favor dos pobres.

A ferramenta de OME faz as seguintes três perguntas:

- Quais são os maiores estrangulamentos no sector de saúde que impedem a prestação de serviços, e qual a possibilidade de melhoramento?
- Quantos recursos financeiros são necessários para alcançar os resultados previstos? Estão cobertos por fundos disponíveis à margem do orçamento?
- O que se pode alcançar quanto aos resultados no sector de saúde ao remover os estrangulamentos?

Visa examinar:

- Quais são as novas intervenções? (cuidados domiciliários, cuidados obstétricos essenciais)?



- Por quem? (sector público/privado)?
- Como (centrado na procura ou na oferta)?
- Para quem (alvos geográficos/sociais)?
- Com o quê (combinação de subsídios)?
- A que custo (para medicamentos, salários, construção)?
- Quem paga (público/pagamentos directos)?

Estas são as perguntas a que todos os responsáveis pelos planos de saúde e decisores devem responder.

SWAps: Integração e coordenação dos planos

O financiamento e programação vertical e horizontal têm suscitado um grande debate entre decisores, financiadores e investigadores. Heinz (2010) sugere que, nos últimos dez anos, tem-se registado um aumento significativo no nível de financiamento internacional destinado ao sector da saúde. Porém, 'uma grande proporção dos fundos têm sido canalizados através de programas liderados por doadores destinados a determinadas doenças e susceptíveis de prejudicar as prioridades de saúde nos países destinatários'. Para responder a esta preocupação, e aumentar o nível de apropriação dos países, tem-se recorrido cada vez mais a uma abordagem liderada pelos países, conjugando o financiamento de diferentes fontes internas e externas. Esta secção discute essa abordagem.

A abordagem sectorial (SWAp) é definida por Vaillancourt (2009) como 'uma abordagem abrangente e coordenada relativa a um programa de apropriação própria para um sector coerente, visando o uso de sistemas nacionais'. As SWAps têm por objectivo oferecer apoio conjunto a programas definidos e liderados a nível nacional, e orientados para os resultados. Uma análise de abordagens sectoriais no sector da saúde em seis países (Bangladesh, Gana, República do Quirguistão, Malawi, Nepal e Tanzânia), revelou que as SWAps têm contribuído positivamente para a aplicação de ferramentas e processos críticos para o reforço da coordenação e supervisão. As ferramentas incluem: planos de trabalho de médio e curto prazos, projecções de médio prazo e planos de despesa que indicam a disponibilidade de recursos; estruturas e processos para desenvolver e facilitar parcerias, sobretudo entre o Governo e os parceiros de desenvolvimento; e ferramentas de avaliação das capacidades de gestão financeira. O estudo revelou ainda que, na maioria dos casos, a capacidade de monitorização e avaliação era deficiente. Com respeito à previsibilidade, ao fluxo e à utilização de recursos no sector público, o estudo concluiu que a previsibilidade de recursos foi comprometida pela estimativa inadequada dos custos contidos no programa de trabalho, do financiamento necessário, e das eventuais lacunas de financiamento. Ademais, o sector não governamental não tem participado suficientemente nos envelopes de custos e de recursos, e os planos e orçamentos dos parceiros de desenvolvimento nem sempre são compatíveis com os ciclos aplicados no país.

O DFID levou a cabo uma avaliação dos impactos das SWAp no Malawi (Pearson 2010), que levantou duas questões ligadas ao sistema – a disponibilização de um pacote de serviços essenciais e de recursos humanos de saúde. Através dos SWAp, estas questões estão a ser abordadas através de uma abordagem sistémica em vez de uma abordagem fragmentada vertical, centrada nas doenças. A avaliação revela que uma SWAp é tão boa quanto o programa de trabalho que serve de fundamento. O programa de trabalho, o planeamento dos resultados e a monitorização e elaboração de relatórios são orientados para os subsídios. A avaliação concluiu que os SWAp permitem obter mais apoio do Governo e dos doadores, e colocaram em maior destaque os recursos humanos para a saúde. O alinhamento e a harmonização da ajuda dos doadores tem melhorado, embora ainda existam preocupações a respeito da



sustentabilidade do financiamento, sobretudo dada a dependência no financiamento dos doadores. As parcerias publico-privadas também melhoraram embora, de acordo com a avaliação, exista ainda espaço para melhoria. Ademais, o financiamento público tem aumentado e está mais dirigido aos pobres. Neste sentido, os SWAp têm sido um instrumento importante para a realização do programa de trabalho, cujos moldes gerais assentam no plano e no orçamento.

3. Exemplos nacionais de planeamento

3.1 Quénia

O Segundo Plano Estratégico Nacional do Quénia para o Sector da Saúde, NHSSP II, 2005 – 2010 (Ministério da Saúde, República do Quénia, 2005) serve de exemplo de como os planos de saúde são preparados em muitos Estados africanos. Este plano de saúde identificou o objectivo específico de reforçar o sistema de saúde, ao melhorar a preparação dos planos a nível distritais. As metas distritais de saúde foram integradas no plano nacional e o orçamento foi ligado aos subsídios anuais através dos planos distritais de saúde. O plano é utilizado para alinhar as estratégias de saúde às prioridades gerais de desenvolvimento definidas pelo Ministério Nacional do Planeamento e do Desenvolvimento, o Secretariado de Reforma do Sector Público, as afectação orçamentais do Governo do Quénia conforme definidas na Estratégia de Recuperação Económica (ERE), o quadro de despesa de médio prazo (QDMP) e a revisão anual da despesa pública no sector da saúde. Existem seis objectivos interligados visando reduzir as desigualdades e inverter a tendência em baixa no sector da saúde. Os objectivos são:

- aumentar o acesso equitativo aos serviços de saúde;
- melhorar a qualidade e a capacidade de resposta dos serviços no sector;
- melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços;
- reforçar a capacidade reguladora do Ministério da Saúde;
- fomentar parcerias para melhorar os serviços de saúde; e
- melhorar o financiamento do sector de saúde.

Esta abordagem assente no planeamento consiste em recolher e coligir informação e planos de saúde de todos os níveis e consolidá-los em planos operacionais anuais que depois são acordados por todos os actores. A abordagem assente no planeamento é vista como o cerne da abordagem sectorial (SWAp) do Quénia em relação à saúde. Esta abordagem é denominada de 'três uns': um plano e orçamento, um sistema de monitorização, um quadro de coordenação. O NHSSP II foi desenvolvido com recurso a uma processo participativo que contou com a participação das Equipas Provinciais de Gestão da Saúde (EPGS), as Equipas Distritais de Gestão da Saúde (EDGS) e outros actores. O plano reconhece a importância da participação de outros actores, incluindo o sector privado (sem fins lucrativos e com fins lucrativos), que é proprietário de umas 49% das instalações de saúde no Quénia, curandeiros, pessoas singulares e agregados familiares e parceiros de desenvolvimento.

De importância primordial para a preparação do plano é a mudança de um foco no peso da doença para o desenvolvimento do capital humano, ao destacar a promoção da saúde e proporcionar um apoio alargado às seis diferentes fases do ciclo de vida ao, em simultâneo, estimular uma abordagem assente nos direitos humanos em todas as intervenções.



3.2 Uganda

O processo de preparação de planos e orçamentos no Uganda é liderado pelo Ministério das Finanças e orientado pelas prioridades nacionais. Os quadros institucionais aplicados na preparação dos planos e dos orçamentos incluem SWAps, o QDMP, o Fundo de Acção de Combate à Pobreza (PAF) e o processo de descentralização fiscal. O orçamento nacional é utilizado como um instrumento de política económica para a afectação de recursos financeiros em conformidade com as prioridades políticas, e para a aplicação eficaz dos recursos financeiros, com vista a alcançar os objectivos das políticas do Governo. A transparência, a abertura e a ampla participação no processo orçamental são fomentados pelo recurso aos documentos de quadro orçamental (*Budget Framework Papers - BFPs*) a todos os níveis administrativos. Os planos evolutivos assentam num horizonte de três anos e contêm os resultados previstos e as respectivas despesas de médio prazo. O quadro de planeamento está dividido em quatro níveis:

- planos e previsões de despesa a longo prazo a nível do Governo central – estes são orientados pela Visão do Plano de Desenvolvimento 2035, e administrados nos termos do Quadro de Despesa de Longo Prazo;
- planos e previsões de despesa a médio prazo a nível do Governo central – estes são orientados pelo Plano de Acção para a Erradicação da Pobreza, e administrados com recurso ao QDMP;
- planos de médio prazo a nível dos governos central e sectoriais – os planos sectoriais e os quadros orçamentais são os instrumentos utilizados a este nível; e
- planos de curto e médio prazos a nível distrital – os planos de desenvolvimento distritais e os quadros orçamentais para os governos locais são os instrumentos utilizados. (The Global Mechanism 2008)

No que respeita ao sector da saúde, o objectivo geral expresso pelo Ministério da Saúde em 1999 é 'garantir a boa saúde a todos no Uganda, com vista a promover uma vida saudável e produtiva'. Odaga e Lochoro (2006) afirmam que o sector da saúde não poderá ultrapassar os seus constrangimentos sem aumentar o orçamento. O país não conseguirá alcançar os objectivos de desenvolvimento do milénio no que respeita à redução das taxas de mortalidade materna até 2015. Odaga e Lochoro sugerem ainda que o sector da saúde está condicionado pelos tectos orçamentais impostos pelo Governo, preocupado com a estabilidade fiscal e com o facto de que o aumento de financiamento pelos doares possa vir a prejudicar o sector privado.

A percepção com respeito ao sector da saúde, à semelhança do que acontece noutros países, é que é ineficiente e, como tal, não recebe o apoio prioritário que merece. Durante a preparação do último Plano Estratégico para o Sector da Saúde (HSSP III), foi feita uma tentativa de harmonizar todas as políticas e planos de saúde com os planos sectoriais e intersectoriais vigentes (MdS Uganda n.d.). O HSSP III foi desenvolvido com uma participação alargada num Grupo de Trabalho convocado pelo Ministério da Saúde, em que participaram diferentes departamentos do ministério, universidades, sector privado, organizações da sociedade civil e representantes distritais dos serviços de saúde. O Pacote Mínimo de Saúde do Uganda (UNMHCP) está agrupado em torno de quatro elementos:

- promoção da saúde, prevenção de doenças e iniciativas de saúde comunitária;
- saúde materna e infantil;
- prevenção e controlo das doenças transmissíveis; e
- prevenção e controlo das doenças não transmissíveis.



Um elemento fundamental para a execução destes programas são os recursos humanos para a saúde. À semelhança de outros países africanos, o Uganda confronta-se com uma grave escassez de profissionais de saúde, tanto em termos quantitativos como qualitativos. A política de recursos humanos e o plano estratégico 2005-2010 foram desenvolvidos no contexto do Plano Geral para o Sector da Saúde. O sector privado (com e sem fins lucrativos) produz a maioria dos trabalhadores de saúde, e emprega cerca de 40% de toda a força de trabalho. O Uganda identificou a necessidade de a elaboração de planos ser feita com base numa estreita colaboração entre os sectores público e privado.

3.3 Zâmbia

Os Governos registam uma crescente preocupação com a equidade dos sistemas de saúde. A visão da reforma no sector da saúde na Zâmbia resume-se à 'igualdade de acesso a serviços de saúde rentáveis, tão próximo da família quanto possível, para todos Zambianos'.¹ Para concretizar esta visão, foi adoptada uma abordagem ascendente e descentralizada de definição de políticas, ao tomar em consideração as necessidades e prioridades locais.

Em 2004, a Comissão Parlamentar sobre a Saúde, Desenvolvimento Comunitário e Assistência Social iniciou um estudo para determinar se a abordagem centrada nos princípios de liderança, responsabilizações e parceria, em regime ascendente, no que respeita à preparação de planos de orçamentos, tem produzido melhores resultados (Ngulube, Mdhuli & Gondwe 2005). O estudo, realizado pelo *Centre for Health, Science & Social Research (CHESSORE)*, com recurso a uma abordagem de análise de políticas com destaque para os obstáculos a implementação eficaz das políticas, identificou três obstáculos principais aos bons resultados no sector da saúde. Os problemas identificados foram:

- valores baixos e pouco realistas recebidos dos técnicos de planeamento a nível central;
- estatísticas populacionais incorrectas eram utilizadas para definir as verbas a serem disponibilizadas a cada distrito; e
- problemas de recursos humanos, levando à sobrecarga, formação inadequada e fraco desempenho dos funcionários.

Cada um dos problemas, individualmente, é significativo mas, conjuntamente, dificultam muito a concretização dos objectivos de saúde. Discussões com os actores principais e a análise das respostas revelaram o seguinte:

- os actores comunitários receberam formação insuficiente em matéria da participação eficaz na elaboração de planos e orçamentos;
- processos fracos para obter consenso resultaram na distorção da implementação de políticas;
- alguns parceiros acreditam que relações de poder desequilibradas têm enviesado as prioridades e as afectações orçamentais; e
- a relação entre o centro e os níveis inferiores apresenta muitas desigualdades, resultando em que os problemas manifestados pelos níveis inferiores sejam ignorados.

O estudo também revelou que a comissão parlamentar estava sobrecarregada e não possuía os recursos necessários para fazer o acompanhamento do orçamento da saúde e dos resultados (Ngulube et al. 2005). Identificou a importância de prestar atenção às relações de poder e à necessidade de os actores receberem formação para poderem participar melhor nos processos de definição de planos e orçamentos.

1 www.access2insulin.org/html/Zambia_s_health_system.html



Ao contrário do processo de definição de planos e orçamentos no Uganda, o processo na Zâmbia não regista uma participação muito elevada por parte do sector privado. Embora o Plano Estratégico Nacional para a Saúde (NHSP) 2006-2010 indique que se tem registado uma crescente participação do sector privado e o estabelecimento de algumas parcerias publico-privadas, a *Churches Health Association of Zambia*, uma associação de grupos religiosos, é o maior participante do sector privado (Mds Zâmbia 2005).

4. Definição de prioridades

4.1 Enquadramento na elaboração de planos

Um processo apropriado de definição de prioridades serve de elo entre os planos e o orçamento. A utilização do ciclo de planeamento referido na Secção 2 proporciona aos responsáveis pela formulação de políticas um bom entendimento do contexto actual e histórico, da fixação de metas e objectivos explícitos, e da análise de problemas e desafios. As lacunas são identificadas a partir da análise das diferenças entre as metas e os problemas. Surgirá todo um conjunto de soluções, programas e actividades para colmatar as lacunas (desafios). Face aos recursos limitados, os responsáveis pela formulação de políticas terão de fazer escolhas. A definição de prioridades representa uma forma de responder às exigências, interesses e necessidades divergentes das respectivas partes interessadas, face aos constrangimentos de recursos.

Devido à escassez de recursos, os responsáveis pela formulação de políticas deparam-se com a dificuldade de terem de decidir entre as muitas prioridades concorrentes. Por exemplo, devem decidir quais os programas a financiar, quais os medicamentos a inserir na lista medicamentosa, e quais os doentes a encaminhar para as unidades de cuidados críticos (Gibson, Martin & Singer 2002). Tudo isto no contexto da ajuda, mas também têm de fazer o confronto entre o sector da saúde e os outros. Será preferível financiar a educação, ou melhorar o saneamento, ou fornecer energia às famílias – tudo isto está ligado à prevenção de doenças – ou será preferível financiar serviços de saúde destinados a curar a população depois de adoecerem?

Os responsáveis pela formulação de políticas têm vindo a resolver problemas deste género há séculos, com vários graus de sucesso. Nos tempos mais recentes, tem-se constatado uma transformação para a definição de prioridades no que respeita aos planos de afectação de recursos. A determinação de prioridades explícitas, evitando abordagens heurísticas ou intuitivas, tem vindo a ser utilizada em vários países africanos como a Eritreia, o Quênia, a Etiópia, o Uganda, e a Tanzânia (Baltussen & Niessen 2006).

A definição de prioridades, definida, em termos simplificados, como o processo de determinar como os recursos de saúde devem ser distribuídos entre programas ou pessoas concorrentes (Baltussen et al. 2006), é fundamental para otimizar os orçamentos face aos constrangimentos. Nesta secção, pretendemos explorar os compromissos principais que os decisores devem tomar em consideração na afectação dos recursos, analisar os instrumentos de definição de prioridades disponíveis, e examinar exemplos de definição de prioridades em África.



4.2 Compromissos principais

Os responsáveis pela formulação de políticas deparam-se normalmente com várias prioridades concorrentes. Nestas situações, é necessário optar por uma ou outra prioridade. Qualquer compromisso em relação à despesa pública deve tomar em consideração os seguintes critérios: a eficiência económica, incluindo a relação custo-eficácia, os custos de catástrofes, e dos bens públicos; as considerações de ordem ética, como a redução da pobreza, e a igualdade vertical e horizontal; e os factores de ordem política, sobretudo as exigências da população (Musgrove 1999). É possível que se tenha de fazer compromissos entre as prioridades dos doadores e as prioridades nacionais, entre o sector público e o privado, e entre a igualdade e a eficácia.

A tendência actual em matéria da eficácia da ajuda consiste em estabelecer uma relação contratual entre os doadores e os Governos destinatários, aliada a um conjunto explícito de recompensas e penalidades em relação a ambas as partes, aplicando-se uma abordagem sectorial (Cruz & McPake 2010). Todavia, este sistema por vezes é baseado em acordos fracamente estruturados com os doadores, sem referências qualitativas para medir o progresso, sobretudo no que respeita à prestação de contas e gestão. Os fundos continuam a ser desembolsados embora não se registem progressos em relação às metas (Cruz & McPake 2010). Ademais, face ao número crescente de doadores em muitos países, a quantidade de recursos e de prioridades concorrentes tem registado um aumento dramático (Sundewall et al. 2010). É necessário que haja uma melhor coordenação entre os próprios doadores, e que a coordenação seja liderada pelo Governo e preste contas aos governos locais.

Embora possa existir alguma correlação entre a igualdade e a eficiência, normalmente há que optar entre o estado de saúde da sociedade em geral e a saúde das populações mais pobres. A inclusão de critérios de igualdade, como idade, residência, género e nível de educação, aquando da definição de prioridades, deve dar origem a intervenções que favorecem os mais desfavorecidos na sociedade. Os compromissos entre equidade e eficácia devem estar bem explicitados ao especificar os critérios que reflectem ambas estas preocupações para que possam ser debatidas aberta e racionalmente. Estas devem ser ponderadas de modo a que sejam tomadas decisões informadas (James et al. 2005). Os responsáveis pela definição de políticas devem ainda esforçar-se por adoptar estratégias em prol dos pobres, assim privilegiando os pobres (James et al. 2005). Embora isto possa por vezes resultar em soluções menos rentáveis, a maioria das doenças que afectam os pobres podem ser facilmente combatidas com medidas a baixo preço e eficazes de cuidados primários (James et al. 2005).

Outra opção seria escolher entre o investimento em programas verticais, horizontais ou integrados. Os programas verticais são aqueles cuja solução para um determinado problema de saúde reside na aplicação de medias específicas integradas num único mecanismo. Os programas integrados visam responder a problemas gerais de saúde de forma alargada e a longo prazo através da criação de um sistema de instituições permanentes, ou serviços gerais de saúde (Atun et al. 2008). Há quem afirme que os serviços gerais fracos nos países em desenvolvimento frequentemente não conseguem prestar intervenções de alta prioridade. Por conseguinte, as organizações multilaterais, as agências bilaterais e as parcerias globais têm optado, em muitos casos, por investir em programas de saúde dirigidos a uma determinada doença em vez de no sistema geral de saúde. Este é um compromisso que afecta a determinação de prioridades do país, bem como os seus planos e orçamentos.

Não existem dúvidas sobre as vantagens de lidar com os factores sociais para o melhoramento geral da saúde da população, embora muitos países não dêem primazia às políticas de promoção da saúde, que exigem uma visão de longo prazo, a implementação de estratégias



e medidas concretas (Conselho da Europa 2010). Mantêm-se os interesses poderosos no sentido de apoiar os investimentos em serviços curativos (sobretudo serviços hospitalares), descurando os cuidados primários.

Os responsáveis pela definição de políticas confrontam-se com estes e muitos outros compromissos. Critérios explícitos para a definição de prioridades podem ajudar os decisores a optar por uma afectação de recursos mais apropriada.

4.3 Abordagens e instrumentos para a definição de prioridades e planos

A definição de prioridades é um processo complexo e existem vários instrumentos que podem ser utilizados para esse fim. Antes de analisarmos esses instrumentos, convém examinar primeiro alguns dos princípios fundamentais da definição de prioridades.

- *Princípio A.* A utilização de instrumentos de definição de prioridades é importante para ajudar os decisores a decidir em quais aspectos se devem concentrar, escolher entre intervenções concorrentes e ponderar a questão dos recursos logo à partida.
- *Princípio B.* Os processos de definição de prioridades consistem em três elementos importantes:
 - identificação das necessidades;
 - identificação das intervenções eficazes a serem consideradas; e
 - afectação de recursos.
- *Princípio C.* A definição de prioridades legítimas e justas deve contar com a participação das partes interessadas, o processo e os resultados devem ser comunicados ao público para que existam processos de prestação de contas, deve existir um mecanismo para passar em revista e analisar as decisões com base nos subsídios das partes interessadas e, por último, há que criar um mecanismo de acompanhamento e avaliação para avaliar a eficácia tanto do processo como das intervenções.

Tendo em conta estes princípios, é importante lembrar que a definição de prioridades ocorre a vários níveis, nomeadamente a nível dos sectores governamentais, nas organizações de saúde, nas avaliações das tecnologias de saúde (Noorani et al. 2007) e em determinadas áreas da saúde, tal como a definição de prioridades a nível da saúde materna e infantil (Edejer et al. 2005).

As metodologias aplicadas na definição de prioridades têm sofrido poucas alterações nos últimos 20 anos e podem ser divididas em cinco áreas principais:

1. modelo histórico implícito;
2. melhores práticas;
3. estudos e modelos baseados nas necessidades;
4. modelo de peso da doença; e
5. abordagens sectoriais.

Modelo histórico implícito

Esta abordagem é utilizada frequentemente e assenta no que foi feito anteriormente, com pressupostos implícitos. O maior inconveniente desta abordagem é que pressupõe que a actual afectação de recursos é a melhor, e não permite alterações significativas nem a redistribuição de recursos entre programas. Esta abordagem é utilizada frequentemente e assenta no que foi feito anteriormente, com pressupostos implícitos. O maior inconveniente desta abordagem é que pressupõe que a actual afectação de recursos é a melhor, e não



permite alterações significativas nem a redistribuição de recursos entre programas. A decisão de financiar o orçamento do ano corrente com base no orçamento do ano anterior é um exemplo deste tipo de abordagem no que respeita à definição de prioridades.

Orientações de melhores práticas

As melhores práticas têm ganho popularidade nos últimos anos. Este instrumento, embora não seja utilizado para a definição de prioridades, é frequentemente empregue na tomada de decisões e afectação de recursos. Um exemplo deste tipo de abordagem são as normas 'CHOICE' da OMS (<http://www.who.int/choice/>), que proporcionam estimativas de rendibilidade para um número crescente de intervenções de saúde em relação a 17 sub-regiões do mundo. Estes instrumentos contêm informação importante, mas com o inconveniente de assentarem apenas em um aspecto. Por exemplo, as normas 'CHOICE' da OMS assentam exclusivamente na definição dos custos. Outras normas podem basear-se em anos de vida com ajustamento pela qualidade. Assim, embora sejam instrumentos importantes, devem ser utilizados conjuntamente com outros mecanismos para a definição de prioridades.

Estudos e modelos baseados nas necessidades

Os modelos baseados nas necessidades são aqueles que tomam em consideração os subsídios das partes interessadas e, sobretudo, os das comunidades que a intervenção vai servir. Uma avaliação das necessidades é importante para estabelecer as necessidades dos grupos desfavorecidos, como os pobres, os menos instruídos, as mulheres e os habitantes das zonas rurais. Os instrumentos de avaliação de necessidades têm vindo a adquirir uma maior sofisticação nos últimos anos, ao ponto de hoje quase todos os instrumentos de definição de prioridades incluírem uma ou outra modalidade de avaliação de necessidades ou de mecanismos de envolvimento das partes interessadas.

Modelos de peso da doença

Esta abordagem data de, pelo menos, o Relatório Mundial do Desenvolvimento de 1993, que procurou quantificar os riscos de doença, de traumatismos e de saúde ao utilizar os anos de vida com ajustamento pela deficiência (DALYs) como factor de medição. O relatório fez referência a um pacote básico de serviços de saúde pessoais e públicos onde concentrar os fundos. Este modelo fixa prioridades com base na dimensão do problema e disponibilidade de intervenções efectivas, mas não lida com problemas de financiamento nem de afectação de recursos.

Abordagens sectoriais

De acordo com as abordagens sectoriais (SWAPs), o financiamento baseado em projectos é substituído pela gestão de programas de apoio ao sector público em geral. As prioridades são definidas em função das verbas disponíveis ao sector e com base em múltiplos critérios. Os instrumentos de definição de critérios necessários neste caso serão um tanto ou quanto mais complicados do que aqueles empregues na definição de prioridades para apenas um determinado elemento. Embora existam vários instrumentos que possam ser utilizados para a definição de prioridades, iremos destacar três de particular utilidade para os responsáveis pela definição de políticas na modalidade de SWAP: matriz de abordagens combinadas; análise de decisões por múltiplos critérios; e modelo pluridisciplinar para a definição de prioridades.



A matriz 3-D de abordagens combinadas

Esta abordagem assenta em três pilares de igual importância: *processo, instrumentos e contexto* (GFHR 2009).

- **Pilar 1 (Processo):** É importante que os seguintes cinco passos sejam seguidos para assegurar que o processo de definição de prioridades seja inclusivo, transparente, e eficaz –
 1. determinar o foco e o nível de análise – global, nacional ou regional;
 2. identificar as partes interessadas – a saber, a comunidade, os profissionais de saúde, os gestores, e os financiadores;
 3. recolher os dados e preparar uma síntese de base – esta deve ser baseada em provas;
 4. convocar um workshop para definir as prioridades – onde as partes interessadas estarão representadas, aplicando a matriz de abordagens combinadas; e
 5. divulgar as conclusões.
- **Pilar 2 (Instrumentos):** A matriz 3D de abordagens combinadas (CAM) foi concebida para permitir a recolha, a organização, e a análise de informação. A CAM consiste em três componentes distintas – a dimensão da saúde pública, a dimensão institucional e a dimensão da equidade. As orientações CAM oferecem uma orientação excelente para a utilização deste instrumento na prática (GFHR 2009).
- **Pilar 3 (Contexto):** Isto refere à disponibilidades de recursos e aos factores políticos que incidem sobre a definição de prioridades. Os valores incidem sobremaneira na definição de prioridades, pelo que é importante compreender como as estruturas de poder afectam a sociedade e interagem com a saúde.

Análise de decisões por critérios múltiplos

A análise de decisões por critérios múltiplos aplica uma matriz que permite aos utilizadores indicar explicitamente a eficácia do custo das intervenções, a gravidade da doença, os aspectos ligados à equidade, e a idade das pessoas afectadas (Baltussen & Niessen 2006). . O objectivo é de classificar o nível de importância das intervenções de saúde face a estes múltiplos critérios. A Tabela 4.1 contém um exemplo simplificado desta matriz. Conforme ilustrado, é possível comparar as diversas opções em relação à eficácia dos custos, à gravidade da doença, se a doença afecta os pobres, e a faixa etária afectada. Uma vez identificados estes critérios, pode ser convocada uma reunião para obter as opiniões das partes interessadas, e daí atribuir um nível de importância a cada critério. Convém notar que os actores terão opiniões divergentes e que raramente haverá uma opção que, inequivocamente, seja a melhor.

Tabela 4.1: Matriz de análise de desempenho de decisões por critérios múltiplos

Opções	Relação custo/eficácia	Gravidade da doença	Doença dos pobres	Idade
Tratamento antiretroviral para VIH/SIDA	US\$200 por DALY	● ● ● ●	√	15 anos ou mais
Tratamento de pneumonia infantil	US\$20 por DALY	● ● ● ●	√	0 -14 anos
Cuidados em regime de internamento para esquizofrenia aguda	US\$2000 por DALY	● ●		15 anos ou mais
Geso para fracturas simples	US\$50 por DALY	●		Todas

Obs: Uma marca de selecção indica a presença da característica. A gravidade da doença é indicada numa escala de quatro estrelas; quanto mais estrelas, maior a gravidade.



Modelo transdisciplinar de definição de prioridades

Este modelo é uma combinação da abordagem de administração razoável e do modelo diamante baseado em informações empíricas (Gibson et al. 2002). Tem sido utilizado para avaliar as prioridades para as novas tecnologias médicas, embora possa ser aplicado também noutras áreas. Este modelo recomenda o seguinte processo para a definição de prioridades:

- *Passo 1.* Convocar uma comissão de pessoas com sentido de justiça para decidir sobre as prioridades. O grupo deve incluir um conjunto alargado de pessoas da organização, bem como doentes e membros do público. Devem concentrar-se na <I>razoabilidade<P> dos factores aplicados em relação a cada decisão.
- *Passo 2.* Introduzir processos que assegurem a *transparência* das actividades de tomada de decisões (por exemplo, aviso públicos e reuniões no centro comunitário) e assegurar que as razões sejam largamente aceites.
- *Passo 3.* Conceber formas que permitam recorrer contra as decisões e *responder* a outras provas ou argumentos.
- *Passo 4.* Desenvolver mecanismos de *responsabilização* institucional para assegurar que os três primeiros passos sejam seguidos.

Surgem vários instrumentos para a definição de prioridades baseadas em provas, frequentemente em colaboração com agências multilaterais e outras. Estes incluem: a orçamentação marginal para estrangulamentos (OME), OMS-CHOICE (escolher intervenções custo eficazes) e o instrumento *Lives Saved Tool* (LiST) (Rudan et al. 2010).

Exemplos de exercícios para a definição de prioridades

Definição de prioridades por critérios múltiplos: aplicação ao Gana (Baltussen et al. 2006)

Os responsáveis pela definição de políticas no Gana foram solicitados a identificar as prioridades das intervenções em relação à eficácia dos custos, redução da pobreza e idade do grupo alvo, gravidade da doença, efeitos sobre a saúde e impacto sobre o orçamento total. Fizeram-no ao completar uma série de experiências em que cada um dos inquiridos escolhia a opção preferida a partir de um conjunto de dois cenários, até as opções terem sido classificadas em ordem de preferência. O estudo concluiu que as intervenções rentáveis, que reduzem a pobreza ou que são dirigidas a doenças graves ou às crianças têm uma maior hipótese de serem escolhidas. Ademais, identificaram a prevenção da transmissão vertical do VIH/SIDA, e o tratamento de pneumonia e diarreia na infância como prioridades elevadas no Gana. Esta metodologia poderá ser utilizada em contextos semelhantes para determinar as áreas prioritárias.

Abordagem de administração razoável utilizada na definição dos planos distritais de saúde na Tanzânia (Mshana et al. 2007)

Muitos países, incluindo a Tanzânia, concluíram que os quadros tradicionais de definição de prioridades orientados para o peso da doença e o estudo da relação custo-eficácia eram demasiado simplistas. A abordagem de administração razoável era vista como sendo empírica e ética, e por conseguinte, a mais apropriada para definir prioridades legítimas e justas. Em 2005, investigadores do Instituto de Cuidados Primários na Tanzânia realizaram seis seminários de capacitação com técnicos superiores, responsáveis pelos planos e gestores distritais, representantes do Ministério da Saúde da Tanzânia, utentes dos serviços de saúde e organizações não governamentais, com o intuito de



melhorar a definição de prioridades. Os participantes nos seis seminários demonstraram um elevado grau de aceitação e entusiasmo em relação a esta abordagem. Concluíram que a abordagem promovia uma participação mais ampla das partes interessadas, conferia mais transparência, e permitia o desenvolvimento de critérios relevantes para a definição de prioridades. Surgiram algumas dúvidas em relação à abordagem, designadamente que era demasiado técnica e complicada para alguns utilizadores, que alguns actores não possuíam os conhecimentos, as competências ou a experiência para participar plenamente e, por último, que os critérios utilizados na definição de prioridades são demasiado complexos para pôr em prática. Em geral, os participantes acharam esta abordagem extremamente útil pois respondia directamente às preocupações de vários actores.

Abordagem de administração razoável utilizada na Zâmbia para orientar as decisões relativas aos serviços de combate à malária (Tuba et al. 2010)

A Zâmbia recorreu à abordagem de administração razoável para promover a participação das partes interessadas e avaliar a legitimidade das decisões relacionadas com o tratamento de doentes de malária nos centros de saúde num distrito da Zâmbia. Na sequência de entrevistas e grupos de reflexão com gestores, enfermeiros e decisores envolvidos na definição de prioridades relativamente aos serviços de combate à malária no distrito, no centro de saúde e na comunidade, surgiram as seguintes questões:

- os decisores, os doentes e os gestores empregavam critérios divergentes para avaliar a equidade;
- os decisores afirmavam que os serviços de tratamento de malária e distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida eram equitativos, com base na alegada distribuição excedentária de medicamentos gratuitos contra a malária, mosquiteiros tratados com insecticida subsidiados, e presença de um profissional de saúde qualificado em cada centro de saúde;
- os doentes avaliavam o serviço como pouco equitativo em virtude das diferenças no tempo de espera, distâncias a serem percorridas para chegar aos centros de saúde, fornecimento intermitente de mosquiteiros tratados com insecticida, falta de mecanismos de recurso em condições de dar resposta, acesso inadequado aos medicamentos de combate à malária, assim como aos mosquiteiros tratados com insecticida e aos provedores de serviços, e provedores indiferentes;
- os decisores consideravam os órgãos do Estado e os doadores/ONG como os únicos actores legítimos a participar na prestação dos serviços; e
- de acordo com os pacientes, eles próprios, os órgãos do Estado, os curandeiros, os chefes e os políticos eram actores legítimos a serem envolvidos durante o planeamento e prestação.

Durante os debates, surgiram opiniões divergentes sobre como definir as prioridades das intervenções contra a malária. A substituição de abordagens descendentes por abordagens ascendentes, no que toca à definição de prioridades pode ser muito difícil, conforme aqui demonstrado, mas a abordagem de administração razoável permite que as questões sejam identificadas, debatidas e resolvidas de modo justo e legítimo.



5. Conclusão

Os processos de definição de planos e orçamentos no domínio dos cuidados de saúde, para serem eficazes, devem ser orientados por um conjunto de directivas e princípios claros. Consta-se um maior destaque para a optimização de recursos e equidade na prestação dos serviços de saúde. Com esta finalidade, os países e os parceiros de desenvolvimento procuram aplicar abordagens comuns para assegurar uma maior coerência entre os planos nacionais e os planos dos parceiros de desenvolvimento. As abordagens sectoriais, e instrumentos como análises e quadros conjuntos de planeamento estão a ser utilizados para alinhar melhor as prioridades aos ciclos de financiamento.

Este relatório fez alusão às diferentes abordagens de definição de planos: planeamento de políticas, planeamento estratégico e planeamento operacional. A definição de planos, para além de ser um processo técnico, reveste-se também de carácter político, que exige o reconhecimento dos interesses de todas as partes interessadas e a participação apropriada das mesmas no processo de planeamento.

A tomada de decisões com base nas evidências exige investimentos na recolha de dados, sistemas de informação e ferramentas para a recolha, divulgação e utilização de dados no processo de tomada de decisões. É fundamental desenvolver a capacidade dos planeadores, no sentido de recolher e utilizar os dados apropriados. Parcerias globais e parceiros bilaterais desenvolveram iniciativas para prestar apoio aos países no sentido de reforçarem as suas capacidades de utilizar dados para a definição de planos e decisões baseadas em evidências.

No que respeita à definição de planos e de orçamentos no sector da saúde, a abordagem baseada em recursos, está a ser substituída por uma abordagem baseada nos resultados ou no desempenho. Na orçamentação baseada no desempenho, são feitas algumas perguntas. Quem é responsável por definir a meta de desempenho? Quando devem prestar contas? Como se mede o desempenho? Quais são as consequências se o desempenho não for alcançado? Os planos, para serem eficazes, devem ser acompanhados de liderança e prestação de contas. O ministério da saúde é normalmente a entidade responsável ao nível central; ao nível distrital, este órgão é frequentemente o conselho distrital de saúde (ou equipa distrital de saúde).

Na maioria dos países, os planos nacionais de saúde, embora identifiquem a entidade responsável, não indicam o que sucede se as metas de desempenho não forem alcançadas. A optimização de recursos é a noção subjacente ao desempenho. As medidas são normalmente: economia, eficiência, eficácia e a integridade do processo. A optimização de recursos é avaliada pelos gestores dos programas e por auditores internos e externos. Normalmente, os auditores estão afectos ao ministério das finanças. As ONG e a sociedade civil também contribuem para reforçar a prestação de contas no país. No processo de definição de planos, a transparência e o claro entendimento de quem é responsável, resulta numa maior eficácia dos planos e da afectação de recursos.

A definição de planos é mais eficaz se houver um entendimento realista do quadro orçamental. A eficácia pode ser melhorada se existir um consenso entre o ministério das finanças e o ministério da saúde em relação ao processo e quadro económico que deve reger a definição de planos. Os planos e os sistemas de trabalho são dinâmicos e influenciados por factores macroeconómicos e políticos. Por conseguinte, é importante assegurar o acompanhamento do processo de definição e execução dos planos, assim como o desempenho do sector de saúde. Os estudos revelam que a capacidade de monitorizar os sistemas de saúde e a avaliação das decisões resultantes do processo de planeamento é um ponto fraco em muitos



países. A literatura sugere que um vínculo mais estreito entre os processos de planeamento e de orçamentação pode ser alcançado ao recorrer a abordagens como o quadro de despesa de médio prazo.

Uma estratégia importante para a reforma dos sistemas de saúde é a descentralização. O planeamento descentralizado conta com o apoio dos parceiros multilaterais e bilaterais. Também se regista uma maior participação dos actores a todos os níveis do sector de saúde. Esta política é reconhecida e aplicada em muitos países. Por exemplo, o HSSP III do Uganda especifica que o plano deve ser desenvolvido com uma ampla participação liderada pelo ministério da saúde. Neste caso, regista-se também um envolvimento significativo do sector privado. Equipas distritais de gestão da saúde trabalham com os conselhos distritais para identificar as prioridades locais e dirigir a atribuição de recursos. Porém, ainda existem dúvidas de que o processo de envolvimento das partes interessadas não é tão eficiente como devia ser. Os actores nos níveis inferiores do sistema de saúde revelam-se frequentemente relutantes em questionar as decisões dos superiores. Receiam que, por não terem poder, as suas dúvidas não serão ouvidas.

Os sistemas de saúde deparam-se com questões muito difíceis relacionadas com a participação do sector não governamental na tomada de decisões, definição de planos e prestação de serviços de saúde. Por exemplo, grande parte da formação dos profissionais no sector da saúde é realizada pelo sector privado, sem fins lucrativos. Os estudos acima referidos sugerem que o sector privado não participa suficientemente nas acções de planificação e decisão em matéria de questões como recursos humanos para o desenvolvimento da saúde. Embora tenham sido redobrados os esforços para envolver o sector privado e a sociedade civil, ainda há muito a fazer.

Embora existam vários instrumentos para facilitar a elaboração de planos, faltam os conhecimentos e as competências em muitas das unidades criadas para efectuar o planeamento. A Organização Mundial da Saúde e outras agências estão a ajudar os países a desenvolver esta capacidade no seio dos respectivos ministérios. Em países como a Zâmbia, regista-se uma crescente parceria entre o *Centre for Health, Science and Social Research* (CHESSORE) e o Ministério da Saúde. Estas parcerias são essenciais para o desenvolvimento das capacidades nacionais no domínio da elaboração de planos. Equipas nacionais de responsáveis pelo plano precisam receber formação em como utilizar tais ferramentas, como a orçamentação marginal para estrangulamentos, para decidir como melhor distribuir os escassos recursos.

Abordagens explícitas, racionais e transparentes no que respeita à definição de prioridades são a última tendência em muitos países. Baltussen (2006a) cita estudos em África Oriental (Eritreia, Quênia, Etiópia, Uganda, e Tanzânia), Norte de África (Argélia, Marrocos e Tunísia), e Índia (Andra Pradesh). A equidade e as intervenções a favor dos pobres são objectivos centrais das políticas e dos planos.

Face à crescente descentralização, surge o debate sobre quem deve participar no exercício de definição de prioridades e como assegurar essa participação. Matovu (2006) afirma que é necessário desenvolver instrumentos práticos, destinados a desenvolver as competências que contribuirão para um maior equilíbrio entre a participação ascendente e decrescente na elaboração de planos e orçamentos. Esta abordagem contribuirá ainda para melhorar a coordenação, a transparência e a responsabilização na definição das acções a serem executadas, definição de prioridades e afectação de verbas. É proposto que o desenvolvimento de capacidades seja dirigido a vereadores e presidentes de câmaras, directores, cidadãos, líderes comunitários e associações do governo local. Existe o consenso geral que mais apoio é necessário a nível subnacional para a definição de planos, orçamentos e prioridades.



Os Governos e os ministérios da saúde enfrentam uma crescente pressão para assegurar optimização de recursos ao procurarem aproveitar da melhor forma os seus recursos reduzidos. Confrontam-se com exigências e objectivos divergentes avançados por grupos de interesse, por vezes muito poderosos. Os actores nacionais não relacionados com a saúde criticam que o sector da saúde é consumidor de recursos e não contribui adequadamente para promover o desenvolvimento económico do país. Cada vez mais, os parceiros têm de demonstrar a optimização dos seus investimentos nos países em desenvolvimento. Face a estas e outras pressões, as acções de definição de planos e orçamentos estão a receber mais atenção, tanto a nível nacional como internacional.



Anexo A: Estudo de caso sobre o combate à malária em Zanzibar

Como contributo para o Diálogo da CABRI: Definição de Planos, Financiamento e Gestão da Despesa no Sector da Saúde, um Estudo de Caso sobre o Controlo e Eliminação da Malária foi preparado para identificar e demonstrar alguns dos aspectos mais complexos de planificação e orçamentação enfrentados pelos Ministérios da Saúde. O estudo de caso procura responder à questão se se deve continuar a controlar a malária ou se se deve adoptar uma política de eliminação da malária. O estudo de caso revela que o combate à malária foi financiado, quase na totalidade, por doadores em 2009/2010, tendo o Fundo Global contra a Sida, Tuberculose e Malária (GFATM) contribuído com uns 95% do financiamento. Nos países onde os doadores contribuem de modo significativo, as decisões relativas ao planeamento estão fora do alcance dos Governos nacionais. O programa de combate à malária em Zanzibar está sob a alçada do Ministério da Saúde embora o ministério intervenha muito pouco para a execução do programa. A harmonização com outros programas ou actividades do sistema de saúde é muito fraco. Por exemplo, o estudo de caso indica que o Ministério da Saúde está preocupado pelo facto de que o pessoal está sempre a participar em cursos ou sobrecarregado com actividades relacionadas com o programa de combate à malária. Isto, não obstante o facto de o ministério da saúde ter criado uma unidade de coordenação da ajuda externa, destinada a evitar sobreposições e duplicação de actividades. Além do mais, os planos definidos para o programa de combate à malária não se inserem no ciclo orçamental do Ministério da Saúde.

O Estudo de Caso levanta algumas questões, entre elas:

- Quem é responsável por decidir entre a opção de controlar ou eliminar a malária?
- Qual é o impacto das escolhas alternativas sobre as outras actividades no sistema de saúde?
- Qual é o papel dos diversos actores na tomada de decisões?
- Quais são os principais instrumentos de definição de políticas e prioridades a serem utilizados pelos decisores ao fazerem as suas escolhas?
- Existem questões relativas à equidade que devem ser integradas no quadro de definição de políticas e de planos?

O estudo de caso assinala várias relações complexas, tanto nacionais quanto internacionais, que devem ser atendidas pelo decisor e revela a necessidade de existirem dados e instrumentos que facilitem os processos de definição de planos e orçamentos.



Referências/Bibliografia

- Amonoo-Lartson R, Ebrahim G, Lovel H & Ranken J (1984) *District health care: Challenges for planning, organization and evaluation in developing countries*. London: ELBS/Macmillan.
- Atun R (2004) *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Atun R, Bennet S & Duran A (2008) *When do vertical programmes have a place in health systems?* Geneva: World Health Organisation.
- AusAID (2005) *The logical framework approach*. Disponível em: http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/development_cooperation/development_cooperation_guidelines/development_cooperation_guidelines_3.3.pdf [acedido a 18 de Julho de 2011].
- Baltussen R & Niessen L (2006) Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4: 14.
- Baltussen R, Stolk E, Chisholm D & Aikins M (2006) Towards a multi-criteria approach for priority setting: An application to Ghana. *Health Economics* 15(7): 689–696.
- Barry S & Mensah O (2005) Health development planning in the African Region: A status report. *African Health Monitor* January–June. Disponível em: http://www.who.int/health_financing/documents/afhm-healthecon.pdf [acedido a 15 de Março de 2011].
- Baum HS (1988) Planning theory as political practice. *Society* 26(1): 35–42.
- Bossert, T. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovations and performance. *Social Science and Medicine* 47(10): 1 513–27.
- CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation) (2010) *Better with age: Health systems planning for the aging population – Ottawa*. Disponível em: <http://www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/article/11-06-08/345948b7-9dbc-4389-b2be-26f44f651a19.aspx> [acedido a 12 de Julho de 2011].
- Cruz O & McPake B (2010) The ‘aid contract’ and its compensation scheme: A case study of the performance of the Ugandan health sector. *Social Science and Medicine* 71(7): 1 357–1 365.
- ECA (Economic Commission for Africa) (2004) *Best practices in the participatory approach to delivery of social services*. Disponível em: <http://www.uneca.org> [acedido a 15 de Março de 2011].
- Edejer TT, Aikins M, Black R, Wolfson L, Hutubessy R & Evans DB (2005) Achieving the millennium development goals for health: Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries. *British Medical Journal* 331(7 526): 1 177–1 180.
- GFHR (Global Forum for Health Research) (2009) *The 3D combined approach matrix: An improved tool for setting priorities in research for health*. Disponível em: <http://www.globalforumhealth.org> [acedido a 15 de Março de 2011].
- Ghaffar A, Collins T, Matlen S & Olifson S (2009) *The 3D combined approach matrix: An improved tool for setting priorities in research for health*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- Gibson JL, Martin DK & Singer PA (2002) Priority setting for new technologies in medicine: A trans-disciplinary study. *BMC Health Services Research* 2:1–5.
- Green A (1995) The state of health planning in the ‘90s. *Health Policy and Planning* 10(1): 22–28.



- HCU (Health Communication Unit) (2001). *Introduction to health promotion program planning, Version 3.0*. The Centre for Health Promotion, University of Toronto, Canada.
- HHA (Harmonization for Health in Africa) (n.d.) Harmonization for health in Africa: An action framework. Disponível em http://www.who.int/healthsystems/HSS_HIS_HHA_action_framework.pdf [acedido a 15 de Julho de 2011].
- James C, Carrin G, Savedoff W & Hanvoravongchai P (2005) Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries. *Health Care Analysis* 13(1): 33–51.
- Knippenberg R, Soucat A & Vanlerberghe W (2004) *Concept note. Marginal budgeting for bottlenecks: A tool for performance-based planning of health and nutrition services for achieving millennium development goals*. Washington DC: World Bank.
- Kolehmainen-Aitken R-L (2004) Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health* 2: 5.
- Lee K & Mills A (1982) *Policy making and planning in the health sector*. London: Croom Helm.
- Lethbridge J (2004) *Public sector reform and demand for human resources for health (HRH)*. *Human Resources for Health* 2. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/15> [acedido a 22 de Julho de 2011].
- Logie D, Rowson M & Ndagije F (2008) Rwanda's health system: Some concerns - authors' reply. *The Lancet* 372(9 651): 1 729–1 730.
- Matovu G (2006) Capacity building for participatory planning and budgeting in Africa: Initiatives and strategic perspectives. Pan African Conference of Ministers of Local Government held in
- Mgomella G (n.d.) African Population & Health Research Centre, March 11–12 Workshop. Disponível em: www.apphrc.org/insidepage [acedido a 15 de Março de 2011].
- MLTHC (Ministry of Long-term Health Care, Ontario) (2006) *The health planner's toolkit: Health system intelligence project*. Disponível em: http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/im_resources.html#health [acedido a 15 de Março de 2011].
- MdS (Ministry of Health) Republic of Kenya (2005) *Reversing the trends: The second national health sector strategic plan of Kenya, NHSSPII 2005–2010*. Nairobi: MdS.
- MdS Uganda (n.d.) *Health Sector Strategic Plan III 2010/11–2014/15*. Disponível em: http://www.health.go.ug/docs/HSSP_III_2010.pdf [acedido a 19 de Julho de 2011].
- MdS Republic of Zambia (2005) *National health strategic plan 2006–2010*. Disponível em: <http://www.moh.gov.zm/?q=content/national-health-strategic-plan-2006-2010> [acedido a 19 de Julho de 2011].
- Mshana S, Shemilu H, Ndawi B, Momburi R, Olsen OE, Byskov J, Martin DK (2007) *What do district health planners in Tanzania think about improving priority setting using 'accountability for reasonableness'?* *BMC Health Services Research* 7: 180.
- Musgrove P (1999) Public spending on health care: How are different criteria related? *Health Policy* 47(3): 207–223.
- Ngulube J, Mdhluli L & Gondwe K (2005) *Planning and budgeting for primary care in Zambia: A policy analysis*. The Centre for Health Science & Social Research (CHESSORE), Zambia EQUINET Discussion Paper 29, October.



- Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R & Skidmore B (2007) Priority setting for health technology assessments: A systematic review of current practical approaches. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 23(3): 310–315.
- Odaga J & Lochoro P (2006) *Budget ceilings and health in Uganda*. Caritas Uganda. Disponível em: http://www.who.int/rpc/evipnet/uganda_report%20Budget%20ceiling%20and%20health.pdf [acedido a 15 de Março de 2011].
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2010a) *Health system priorities when money is tight*. OECD Health Ministerial Meeting, 7–8 October, Paris. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/14/31/46098466.pdf> [acedido a 12 de Julho de 2011].
- OECD (2010b) *Health care systems: Getting more value for money*. OECD Economics Department, Policy Notes No 2. Disponível em: www.oecd.org/dataoecd/21/36/46508904.pdf [acedido a 12 de Julho de 2011].
- Pearson M (2010) *Impact evaluation of the sector-wide approach (SWAp), Malawi: Final report*. DFID, Human Development Resource Centre. Disponível em: <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/hdrc/imp-eval-sect-wde-appr-mw.pdf> [acedido a 15 de Março de 2011].
- Pillay Y, McCoy D & Asia B (2001) The district health system in South Africa: Progress made and next steps. Disponível em: www.doh.gov.za/docs/policy/dhsystem.html [acedido a 15 de Março de 2011].
- Planning and budgeting (2007) *Planning and budgeting: Linking policy, planning and budgeting. A background paper*. Third International Roundtable on Managing for Development Results, Hanoi, Vietnam, 5–8 February.
- Pollitt C. (2001) Integrating financial management and performance management. *OECD Journal on Budgeting* 1(2): 7–37.
- Robinson M & Last D (2009) Technical notes and manuals: A basic model of performance-based budgeting. International Monetary Fund. Disponível em: <http://blog-pfm.imf.org/pfmblog/2009/09/a-new-imf-fiscal-affairs-departments-publication-the-technical-notes-and-manuals.html> [acedido a 18 de Julho de 2011].
- Rudan I, Kapiriri L, Tomlinson M, Balliet M, Cohen B & Chopra M (July 2010) Evidence-based priority setting for health care and research: Tools to support policy in maternal, neonatal, and child health in Africa. *PLoS Medicine* 7(7).
- Schick A (1998) *A contemporary approach to public expenditure management*. Washington DC: World Bank Institute, Governance, Regulation and Finance Division.
- Smith B (1997) The decentralization of health care in developing countries: Organizational options. *Public Administration and Development* 17: 399–417.
- Soucat A, Vanlerberghe W, Diop F, Nguyen S & Knippenberg R (2002) *Marginal budgeting for bottlenecks: A new costing and resource allocation practice to buy health results*. Washington DC: World Bank.
- Sundewall J, Johnsson K, Cheelo C, & Tomson G (2010) Stakeholder perceptions of aid coordination implementation in the Zambian health sector. *Health Policy* 95(2/3): 122–128.
- Travis P, Egger D, Davies P & Mechbal A (2002). *Towards better stewardship: Concepts and critical issues*. Geneva: World Health Organisation.
- Tuba M, Sandoy IF, Bloch P & Byskov J (2010) Fairness and legitimacy of decisions during delivery of malaria services and ITN interventions in Zambia. *Malaria Journal* 9(1): 309.



- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2010) *Technical guidance note: Addressing value for money in round 10 proposals for the Global Fund to fight HIV/AIDS Malaria and TB*. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/20100618_unaids_vfm_guidancenote_en.pdf [acedido a 15 de Março de 2011].
- UNDP (United Nations Development Programme) (2009) *Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results*. Disponível em: <http://www.undp.org/evaluation/handbook/toc.html> [acedido a 15 de Março de 2011].
- UNICEF (United Nations Children's Fund) (2003) *Understanding results-based programme planning and management: Tools to reinforce good programming practice*. Evaluation Office and Division of Policy and Planning. Disponível em: http://www.unicef.org/evaluation/files/RBM_Guide_20September2003.pdf [acedido a 18 de Julho de 2011].
- UNICEF (2009) Evidence-based strategic planning approach (ESP). Eastern and Southern Africa Regional Office Expanded Health Network Meeting, Summary Report.
- Vaillancourt D (2009). *Do health sector-wide approaches achieve results? Emerging evidence from six countries*. IEG Working Paper 2009/4. Washington DC: World Bank.
- Vitsha X (n.d.) Promoting accountability in the budget cycle: The experiences of the public service accountability monitor in South Africa. Disponível em: www.psam.org.za [acedido a 15 de Março 2011].
- WHO (World Health Organisation) (1998) First joint session of South-East Asia advisory committee on health research and directors of medical research councils or analogous bodies and concerned research foci in the relevant ministries. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Technical_Documents_23-research_information_for_supporting_health_planning,_se%20%80%A6.pdf [acedido a 15 de Março de 2011].
- WHO (2008) *Framework and country standards for country health information systems*. Geneva: Health Metrics Network/WHO.
- World Bank (1993) *World development report 1993: Investing in health*. New York: Oxford University Press.
- World Bank (1999/2000) *Decentralization: Rethinking government*. Washington DC: World Bank.
- Ziria N (n.d.) Local revenue generation: Ugandan experience. Allied Management Consultants Ltd. Disponível em: http://www.ansa-africa.net/uploads/documents/ld/ANSA_conference_200805/Uganda_Revenue_Generation_Ziria_May2008.pdf [acedido a 15 de Março de 2011].



Esta publicação foi produzida com o apoio generoso do Ministério Federal para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos da Alemanha (BMZ) através da Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.



A GIZ não partilha necessariamente as opiniões expressadas nesta publicação. A CABRI assume plena responsabilidade por este conteúdo.