

Estados Gerais – Transformar o SNS

Laboratório de Ideias III
Saúde Pública no Futuro

Lançado por ocasião da Conferência V dos “Estados Gerais – Transformar o SNS”

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

12 de outubro de 2023

Trabalho em curso ...

Coordenação

Celeste Gonçalves; Lina Guarda; Patrícia Martins; Victor Ramos

Contributos

Ana Cristina Dias; Carlos Matias Dias; Celeste Gonçalves; Fernanda Santos, Graça Eliseu; Graciela Simões; Guilherme Quinaz Romana; Gustavo Tato Borges; Lina Guarda; Miguel Cabral; Odete Amaral; Patrícia Martins; Sara Dias; Victor Ramos

Agosto – dezembro

2023

ÍNDICE

Notas prévias	Pág. 03
----------------------------	---------

PARTE I

Perguntas e Contributos

I - Missão e propósitos dos serviços locais de Saúde Pública

Pergunta 1 – Missão e propósitos?	Pág. 07
---	---------

II - Organização e inserção contextual dos serviços locais de Saúde Pública

Pergunta 2 – Posicionamento sistémico?	Pág. 13
--	---------

III – Equipas multiprofissionais interdisciplinares

Pergunta 3 – Equipa multiprofissional?	Pág. 17
--	---------

IV – Planeamento em Saúde

Pergunta 4 – Planos locais e planos municipais de Saúde – papel dos SLPS?	Pág. 20
---	---------

V – Rede de vigilância epidemiológica

Pergunta 5 – Vigilância epidemiológica e papel dos observatórios locais de saúde?	Pág. 26
---	---------

Pergunta 6 – Sistema de informação de saúde das populações e equidade?	Pág. 28
--	---------

VI - Métricas para avaliar desempenho e resultados – contratualização

Pergunta 7 – Métricas relevantes e exequíveis?	Pág. 31
--	---------

Pergunta 8 – Contratualização?	Pág. 32
--------------------------------------	---------

VII - Governação e liderança colaborativa em saúde populacional

Pergunta 9 – Formação sobre governação e liderança em saúde?	Pág. 34
--	---------

VIII - Promoção da participação e da capacitação social em saúde comunidade

Pergunta 10 – Papel dos SLSP na promoção da participação e da capacitação em saúde?	Pág. 36
---	---------

IX - Sistema de informação - apoio à decisão

Pergunta 11 – Sistema de informação para vigilância epidemiológica e decisões adequadas em promoção da saúde e governança de saúde das populações?	Pág. 40
--	---------

X – Autoridade de Saúde

Pergunta 12 – Arquitetura e hierarquia organizacional das funções de Autoridade de Saúde nos vários níveis – perspetivas futuras?	Pág. 43
---	---------

PARTE II

Resultados de uma experiência de recurso ao ChatGPT

Perguntas e respostas obtidas	Pág. 47
--	---------

Notas Prévias

O conceito “*laboratório de ideias*” envolve a produção livre e independente de ideias e de propostas inovadoras sobre algo de interesse comum, a partir de uma diversidade de saberes, perspetivas e experiências. Apoia-se no método interrogativo - *perguntas-guia*, e procura suscitar novos modos de ver e linhas inovadoras de investigação ou de intervenção.

Este método visa suscitar a expressão, a partilha, o confronto e a inter-relação de ideias, num “*work in progress*”. Ao mesmo tempo, perspetivam-se modos de aplicar na prática as ideias partilhadas e/ou cocriadas pela evolução do trabalho coletivo.

Por ocasião da V Conferência “Estados Gerais – Transformar o SNS”, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, no dia 12 de outubro de 2023, foi lançado o Laboratório de Ideias III - *Saúde Pública no Futuro*.

Evolução da Saúde Pública em Portugal nos últimos 50 anos

Em Portugal, a Saúde Pública teve um período de apogeu nas décadas de 70 e 80 do século passado. Entrou em declínio na década de 90 devido a um conjunto de fatores, quer internacionais, quer nacionais, que não cabe aqui e agora desenvolver.

O “período de ouro” da Saúde Pública portuguesa seguiu-se ao sucesso das campanhas de vacinação da década de 60 e à transformação reformista de 1971, liderada por Arnaldo Sampaio e F.A. Gonçalves Ferreira, sob proteção política de Baltazar Rebelo de Sousa. Esta notável equipa transformadora foi acompanhada por personalidades como Aloísio Coelho, Mário Pinho da Silva, Arquimínio Eliseu, José Lopes Dias, entre muitos outros.

Neste período foram desenvolvidas instituições com instalações e equipamentos modernos, numa escala e prazo sem precedentes. Destas, são de realçar: a) a rede de mais de trezentos centros de saúde que, em menos de cinco anos, cobriu o território nacional, sob a liderança de médicos de saúde pública e o valioso contributo de enfermeiros de saúde pública e dos primeiros profissionais dedicados à saúde ambiental; b) os novos edifícios do INSA Doutor Ricardo Jorge e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) na Av. Padre Cruz, em Lisboa.

De entre os sinais do seu declínio, é de referir a quase extinção da ENSP, com encerramento em 1993/1994. Após várias vicissitudes, a ENSP foi salva *in extremis* pela integração na Universidade Nova de Lisboa em 1994. Nos anos seguintes, no final da década de 90 e início do século, houve uma quase ausência de formação de novos especialistas em saúde pública, quer pela drástica redução de entradas nas faculdades de medicina durante mais de quinze anos, quer pela fraca atratividade da Saúde Pública devida a políticas que conduziram à sua desvalorização e degradação organizacional.

A Saúde Pública portuguesa entrou no século XXI numa situação de grande fragilidade organizacional e de recursos. Os enfoques predominantemente assistenciais dos vários decisores políticos terão contribuído para manter a situação por mais duas décadas.

Iniciativas para revigorar e transformar os serviços de Saúde Pública

Em 2016, por iniciativa do Diretor-Geral da Saúde foi criada uma *taskforce*, coordenada por Constantino Sakellarides, que produziu o documento ***“Uma nova ambição para a Saúde Pública – focada nos Serviços Locais”***, onde é proposto como primeira recomendação, a criação de uma Comissão para a Reforma da Saúde Pública.

Esta Comissão foi oficializada pelo despacho ministerial n.º 11232/2016, de 19 de setembro. Tinha como finalidade promover uma discussão abrangente da Reforma da Saúde Pública com todos os atores relevantes neste processo. A Comissão, presidida pelo Diretor-Geral da Saúde, integrou representantes do Ministério da Saúde, das Administrações Regionais de Saúde, das ordens profissionais e das organizações sindicais da área da saúde. Produziu vários documentos técnicos contemplando áreas específicas da Saúde Pública, bem como a proposta de Lei 49/XIII/2, que caducou em 24/10/2019.

Em 18/02/2020, foi criada nova Comissão, designada por: “Comissão para a Elaboração da Proposta de Reforma da Saúde Pública e sua Implementação” (Despacho n.º 2288/2020 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde). Esta Comissão, coordenada por Mário Jorge dos Santos Neves, publicou um relatório em 20/09/2021. Foi também feita uma proposta legislativa. Mais uma vez sem consequências, pelo menos conhecidas.

Existe, portanto, um recente e vasto acervo de documentos técnicos e de propostas legislativas para regenerar e modernizar a Saúde Pública em Portugal. Mas, como alavancar esta transformação? Uma hipótese poderá estar no nível local. Isto é, iniciar um processo *“de baixo para cima”*, a partir da saúde pública local (Figura 1).

Atualmente, no pós-pandemia COVID-19, ressurgem correntes e oportunidades transformadoras a nível internacional e nacional. A Saúde Pública é uma área transdisciplinar absolutamente crítica e indispensável para a Saúde e bem-estar da população, das comunidades, dos países e do mundo.

Em 2023 foi criada a *Comissão para Elaboração da Proposta de Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde Pública* (Despacho n.º 4764/2023 da Secretária de Estado da Promoção da Saúde), constituída por 1 coordenador e 22 membros. No preâmbulo pode ler-se:

“Contudo, e aproveitando todo o trabalho anteriormente desenvolvido, as lições apreendidas com a pandemia e a nova arquitetura do Serviço Nacional de Saúde(SNS) consubstanciada através do Estatuto do SNS, da criação da Direção Executiva do SNS, do processo de transferência de atribuições das Administrações Regionais de Saúde (ARS) para as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR) e da transferência de competências para as autarquias locais, designadamente no âmbito da promoção da saúde

e prevenção da doença, importa dar um novo impulso com uma estrutura renovada e de futuro na área da Saúde Pública, através de uma visão holística da saúde em e para todas as políticas ao nível nacional, regional e local”.

“Pensar e agir, local e global”

A conhecida frase “Pensar global, agir local”, atribuída a René Dubos no início da década de 70 do século passado, tem vindo a dar lugar à nova formulação “Pensar e Agir, Local e Global”. Esta nuance está associada às aceleradas, complexas e interdependentes mudanças e mutações sociais, ecológicas e planetárias que determinam novas realidades, incluindo novas oportunidades, mas também novas ameaças – da escala local à escala global.

Este Laboratório de Ideias focaliza-se no **nível local** e procura contribuir para a transformação adequada dos serviços locais de Saúde Pública, face às novas e diversificadas realidades contextuais e aos crescentes desequilíbrios e desigualdades de múltipla natureza.



Figura 1 – Diagrama-base delineado no Laboratório de Ideias I – “Desafios emergentes nas “ULS” (Conferência IV – Setúbal, 30/06/2023). Nesta versão adaptada, o destaque é dado aos serviços locais de Saúde Pública e ao mote do Laboratório III – “Saúde Pública no Futuro”.

Parte I

Perguntas e contributos | respostas

Contributos:

Ana Cristina Dias; Carlos Matias Dias; Celeste Gonçalves; Fernanda Santos, Graça Eliseu; Graciela Simões; Guilherme Quinaz Romana; Gustavo Tato Borges; Lina Guarda; Miguel Cabral; Odete Amaral; Patrícia Martins; Sara Dias; Victor Ramos

.....

I - Missão e propósitos dos serviços locais de Saúde Pública

Breve enquadramento – A explicitação e comunicação da missão e dos propósitos destes serviços são determinantes para a coesão e motivação das suas equipas multiprofissionais, para a compreensão e reconhecimento destes serviços por todos os atores “internos” do sistema de saúde, bem como por todos os atores sociais. Além disso, determinam a imagem/visão do seu posicionamento sistémico e organizacional a nível das comunidades locais e, de modo mais abrangente, no todo nacional.

Pergunta 1 – Missão e propósitos

– Como descrever de modo claro, sucinto, preciso e impactante a missão e os propósitos dos serviços locais de Saúde Pública?

Contributos

Assegurar a melhoria da saúde da população, com equidade.

Contributo de Miguel Cabral

A missão dos SLSP é orientar e congregar os contributos das instituições da comunidade na construção de políticas comuns de promoção e proteção da saúde da população que abrangem.

Contributo de Sara Dias

A Saúde Pública é, por definição, praticada com base em conhecimento de base populacional, ou seja, epidemiológico. Sendo fundamental, a epidemiologia é uma das várias disciplinas necessárias a um Serviço de Saúde Pública. Dependendo do seu nível de atuação, também as disciplinas clínicas, a estatística, a informática, a geografia e as ciências sociais, entre outras, são necessários à prática da Saúde Pública. Assim, no processo de criação dos SLSP a primeira atenção deverá ser dada para que estes não sejam serviços de apoio metodológico e técnico aos restantes serviços das organizações, onde estejam inseridos, nem executores acrílicos locais de planos e programas nacionais sem as devidas adaptações locais, quando se justifique. Por outro lado, há que entender que o ambiente em que estes serviços trabalharão é um ambiente próximo da dos restantes serviços de saúde, públicos, sociais e privados, entre outras partes interessadas, como as autarquias e a população, pelo que haverá que considerar a organização dessas funções e serviços essenciais no âmbito da Saúde Pública, incluindo as relativas ao ciclo do planeamento, a função de autoridade de saúde, entre outras. Neste campo, será útil estudar e avaliar as experiências passadas de organização destas funções e serviços nas extintas ARS e nas ULS já em funcionamento.

Na missão de um serviço com este nome (Serviço Local de Saúde Pública - SLSP) uma das funções essenciais principais deverá ser, antes de mais, garantir a base de conhecimento epidemiológico atualizado sobre a saúde daquela população e daquela comunidade. Os objetivos principais que esta função de produção e atualização de conhecimento serão:

1. produzir regularmente relatórios de situação sobre a saúde da comunidade em questão, no âmbito do planeamento para a saúde dessa comunidade. Esse planeamento poderá ser realizado pelo SLSP, ou por serviço específico de planeamento local, desejavelmente em articulação com a entidade responsável pelo planeamento da saúde pública a nível nacional, entidade ainda por definir;
2. garantir e reportar a vigilância epidemiológica das doenças de notificação obrigatória, doenças com potencial epidémico, e fatores ambientais, de acordo com a coordenação da entidade nacional que detenha a atribuição dessa coordenação – atualmente a DGS – e o INSA, que detém os instrumentos de diagnóstico laboratorial e algumas das redes de vigilância dessas doenças e fatores;
3. definir e promover a agenda de investigação de interesse para a saúde da população e da comunidade, a concretizar em colaboração com outras entidades, locais, regionais e nacionais (possivelmente o INSA dada a sua atribuição na promoção da investigação em saúde), incluindo a investigação das atividades e fatores promotores da saúde.

O trabalho dos SLSP deverá ter como base a estrutura demográfica da população e incluir variáveis que permitam estratificar os indicadores produzidos de acordo com variáveis socioeconómicas, numa ótica de promoção da equidade e deverá servir as várias fases do ciclo de planeamento, desde o diagnóstico da situação de saúde daquela população, até à monitorização e à avaliação das intervenções de Saúde Pública realizadas, diferenciando positivamente os estratos populacionais menos favorecidos.

No panorama atual de valorização da aplicação da epidemiologia à investigação científica clínica, haverá que evitar que o SLSP se torne um SLIC (Serviço Local de Investigação em Epidemiologia Clínica). Essa valorização da investigação epidemiológica surge atualmente pela necessidade curricular individual, pela valorização simbólica da presença de determinado serviço de epidemiologia no meio científico e académico, ou pela pressão para a necessária investigação de medicamentos, equipamentos diagnósticos ou outros do âmbito dos cuidados. A investigação epidemiológica clínica poderá, eventualmente, ser parte das atividades do SLSP, mas ela deverá seguir uma agenda de investigação ao serviço daquela população e comunidade, colocando e respondendo às perguntas que necessitam de novo conhecimento, ou simplesmente de conhecimento atualizado para o planeamento das intervenções necessárias.

Um exemplo desta disfuncionalidade está patente na escassez de estudos epidemiológicos observacionais descritivos realizados periodicamente em Portugal, a nível nacional ou com desagregação regional, para obter os dados que permitam monitorizar os indicadores do estado de saúde (entendida como saúde, doença, deficiência, incapacidade e desvantagem social), dos fatores de risco e dos fatores protetores de saúde, da utilização dos cuidados de saúde. Apenas o Inquérito Nacional de Saúde por Entrevista, realizado quinquenalmente

pelo INE e INSA, produzem alguns indicadores de saúde, que servem igualmente o EUROSTAT.

Um dos fatores envolvidos nesta dificuldade parece ser a ausência deste tipo de inquéritos nos planos e orçamentos plurianuais da administração pública, contrariamente ao que se verificava até final do século passado. Por outro lado, a dificuldade de obtenção de financiamento para este tipo de estudos é agravada pela menor importância dada pelos painéis de avaliação das agências e financiadores na esfera do sistema científico nacional público, pelos financiadores privados e mesmo pelo financiamento europeu.

Ora, sem a descrição e monitorização a intervalos regulares da base epidemiológica, descritiva, da saúde de uma população e da sua comunidade, não será possível planear com base cientificamente válida, nem avaliar o impacto das intervenções planeadas e programadas para aquela população e com aquela população. Por outro lado, os relatórios deste tipo de estudo epidemiológico (descritivo observacional, transversal) não são publicáveis nas revistas científicas e, portanto, não são valorizados nos currículos. Apenas a análise de dados na perspetiva da investigação propicia essa publicação e valorização curricular.

Reveja-se o que sucedeu em 2015, quando no âmbito da área económica europeia, foi o movimento e o cofinanciamento de 85% da despesa pelas EEAGrants que permitiu: realizar o 2º Inquérito Alimentar Nacional, devido há mais de 20 anos ao País (o primeiro datava de 1980, realizado pelo INSA e pelo Ministério da Agricultura e Pescas); realizar o 3º Inquérito Serológico Nacional, devido há 15 anos (os anteriores haviam sido realizados pelo INSA em 1979/80 e 2001) e realizar o 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame físico (INSEF).

Atente-se também, à lentidão que persiste na decisão quanto à proposta detalhada e orçamentada que o INSA apresentou há 3 anos para a realização do segundo INSEF, conjuntamente com os outros dois inquéritos (IAN-AF e ISN) em 2020 e agora em 2025.

Haverá, assim, que cuidar de garantir que a epidemiologia, enquanto área metodológica e área de análise substantiva, será utilizada com a finalidade de aumentar o conhecimento científico acerca da saúde e seus determinantes numa determinada população através da aplicação dos métodos epidemiológicos para apoiar o processo de planeamento, implementação e avaliação dos planos e programas de saúde dirigidos àquela população e comunidade, desejavelmente inspirados e alinhados pelo Plano Nacional de Saúde, assim como para executar a agenda de investigação necessária à identificação dos fatores de risco e fatores protetores mais associados e vulneráveis às intervenções de Saúde Pública.

Caso a opção seja por concentrar num mesmo Serviço de Saúde Pública todas as funções essenciais da Saúde Pública, deve colocar-se a questão da independência da função monitorização (produção de conhecimento periódico e sistematicamente atualizado, face às funções de planeamento e de avaliação de planos, programas e serviços. Sem essa independência a produção de conhecimento poderá correr o risco de ser contaminada e influenciada, mesmo que através da alocação de recursos, pelas metas a atingir.

Contributo de Carlos Matias Dias

Os Serviços de Saúde Pública (SSP) podem apresentar uma abrangência mais sistémica (nacional/regional) ou mais local, com o objetivo final da melhoria da saúde e bem-estar das pessoas e da população.

Os SSP de nível local têm estado organizados com Unidades de Saúde Pública (USP) que integram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com equipas multiprofissionais (médicos especialistas em saúde pública; enfermeiros especialistas na área; técnicos de saúde ambiental, entre outros profissionais e recursos de outras unidades funcionais do ACES). Os SSP devem favorecer a ação intersectorial aos diferentes níveis, o compromisso e reforço de parcerias intersectoriais e entre diferentes instituições dentro e fora da saúde. Os SSP devem contar com a autarquia local e outras organizações e serviços dos setores públicos e privados da área da saúde ou não, com as comunidades em geral de acordo com o planeamento em saúde por forma a contribuir para a melhoria do estado de saúde e bem-estar das comunidades através da melhoria do desempenho dos serviços.

Propósitos - segundo a Rede dos Serviços Públicos os principais propósitos são os seguintes:

- Mapear as várias entidades com intervenção relevante em saúde pública;
- Facilitar a interação e a articulação privilegiada entre vários serviços e entidades da comunidade e os SSP, na ótica da amplificação da capacidade de intervenção dos SSP, da criação de sinergias, da rentabilização dos recursos existentes e da partilha de informação e conhecimento;
- Promover a articulação dos serviços locais com outras redes nacionais, bem como com redes internacionais particularmente relevantes para os SSP;
- Identificar e promover, boas práticas em saúde pública, nas suas diferentes áreas de competências;
- Potenciar e complementar os sistemas existentes de observação e vigilância em saúde pública (observatórios em saúde locais e regionais ou nacionais);
- Agilizar a fundamentação dos processos de decisão, de contratualização e de ação em saúde;
- Potenciar e harmonizar a intervenção na área da promoção da saúde, bem como os processos de construção e implementação dos Planos Locais de Saúde, e o seu alinhamento com o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais de Saúde, e proceder à sua divulgação;
- Incentivar a inovação e a investigação em saúde da população;
- Construir, de acordo com as necessidades e prioridades identificadas no Plano Local de Saúde uma agenda de investigação em saúde.

Contributo de Odete Amaral

Os estudos epidemiológicos devem ser uma das áreas essenciais da Saúde Pública, como fator predominante na ajuda ao planeamento e avaliação da saúde. Contudo, é necessário ter acesso adequado a um sistema de informação eficaz, com segurança da informação e que permita a integração de dados já existentes, assim como, a existência de profissionais com competências nas áreas de matemática, estatística e análise.

Contributo de Graciela Simões

A missão e o propósito dos Serviços Locais de Saúde Pública, devem não só estar de acordo com as funções essenciais de saúde pública (FESP), mas também com o desempenho do sistema de saúde atual, com o objetivo de sustentabilidade, ganhos de saúde, sociais e económicos.

Uma das principais missões da Saúde Pública é a vigilância epidemiológica e a monitorização do estado de saúde da população para identificar problemas de saúde e poder atuar de forma rápida e eficaz.

Segundo Lei de Bases da Saúde, compete ao Estado através da Saúde Pública, acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde.

Uma saúde pública moderna deve ser baseada na evidência científica e envolve necessariamente uma estrutura robusta e uma rede de tecnologias e conhecimento acessível, de forma contínua e com capacidade de resposta dos serviços em prol da saúde da população.

Para tal, é necessário um reforço dos Laboratórios de Saúde Pública, nomeadamente nas áreas ambientais, não só para dar resposta aos Programas de Vigilância Sanitária em vigor, mas também a todos os novos e complexos desafios que se colocam no campo da proteção e promoção da saúde das populações (alterações climáticas, demográficas e sociais, vetores e espécies invasoras, emergências em saúde pública, etc.).

É urgente modernizar e reforçar a capacidade dos serviços de saúde pública, adequando a sua estrutura organizativa e funcional, à nova arquitetura do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao processo de transferência de atribuições das Administrações Regionais de Saúde (ARS) para as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR) e à transferência de competências para as autarquias locais, por forma a não comprometer o futuro na resposta adequada. A partilha de responsabilidades de todas estas entidades envolvidas (meios e recursos logísticos, tecnológicos e de transporte), devem estar em sintonia com a missão e os propósitos da Saúde Pública.

Contributo de Ana Cristina Dias

Os Serviços Locais de Saúde Pública (SLSP), assim como os Regionais e o Nacional (leiam-se Departamentos Regionais de Saúde Pública e Direção-Geral da Saúde, atualmente) são os serviços que procuram atuar junto dos determinantes de saúde, potenciando os positivos e minimizando os negativos, de forma a potenciar o nível de saúde da população que servem.

Deste modo, fazem uso de diversas ferramentas, como a Epidemiologia, o Planeamento, a Metodologia de Avaliação de Risco e de Impacto na Saúde, a Vigilância Epidemiológica e a Promoção da Saúde, entre outras. Estes serviços trabalham em parceria com todos os níveis de cuidados prestadores de saúde, assim como os agentes da comunidade como as Câmaras Municipais e as Juntas de Freguesia, os Agentes de Autoridade, as Instituições de Solidariedade Social, as ONGs, associações comerciais e industriais, as associações de doentes, os agentes desportivos, etc. É deste trabalho articulado e organizado entre todos, onde se procura atingir um mesmo objetivo (maior e melhor saúde), que podem surgir os melhores resultados em saúde para a população.

Os SLSP têm o potencial de serem o elemento agregador e coordenador de toda a atividade com impacto na saúde da população, seja promovendo melhorias para minimizar o risco ambiental, laboral ou outro, para a saúde, melhorias para potenciar a saúde dos cidadãos e melhorias que permitam manter uma vigilância e diagnósticos precoces de múltiplas doenças, permitindo que as mesmas tenham um impacto negativo reduzido na saúde dos cidadãos.

Contributo de Gustavo Tato Borges

II – Organização e inserção contextual dos serviços locais de Saúde Pública

Breve enquadramento – A natureza eminentemente transversal e de interconexão com vários setores classicamente organizados por silos verticais, requer uma visão organizacional diferente e inovadora. Eventualmente como “departamento” intersectorial com adequada autonomia funcional, ou outra “geometria” a desenvolver.

Pergunta 2 – Posicionamento sistémico

– Qual a arquitetura sistémica e organizacional mais favorável para que os SLSP cumpram a sua missão e os seus propósitos, com abordagens “One Health”?

Contributos

Para dar resposta aos novos desafios da Saúde Pública, a nova arquitetura organizacional deve estar fora dos tipos de cuidados assistenciais (primários, hospitalares, continuados e paliativos), com acesso a uma visão integrada de todo o sistema, aproveitando o conhecimento acumulado e a multidisciplinaridade da força de trabalho em saúde pública, e por forma a preparar o país para futuras emergências e reemergências de doenças infecciosas.

Contributo de Ana Cristina Dias

É preciso andar antes de correr. Se mesmo no contexto específico da saúde humana ainda não temos propriamente um estado de influência adequado, parece-me prematuro tentar jogar em demasiadas frentes. Contudo, tal não impede que se estimulem múltiplas ligações em todas as ocasiões e áreas relevantes, até porque os serviços de saúde pública no contexto da saúde serão os interlocutores privilegiados para a interação com outros setores.

Contributo de Miguel Cabral

Os SLSP, integrados em ULS, devem manter equidistância hierárquica e funcional dos vários tipos de cuidados, não pertencendo nem aos cuidados de saúde primários, nem aos cuidados hospitalares. Deverão ter uma hierarquia independente do conselho de administração da ULS, mas assegurando a sua representatividade nos mesmos, assumindo o papel que hoje é desenvolvido pelos vogais de saúde pública dos conselhos clínicos e de saúde.

Contributo de Sara Dias

Neste âmbito, há que considerar que o ambiente em que estes serviços trabalharão é, ou deverá ser, um ambiente próximo da população, dos restantes serviços de saúde e atores sociais, pelo que haverá que considerar a organização de duas outras funções essenciais: o planeamento da saúde da população e a autoridade de saúde. Neste campo deverão ser estudadas, reportadas e debatidas as experiências passadas de organização destas funções nas ARS e nas ULS.

Considerando que este tipo de serviço terá que contar com profissionais de diversas áreas do conhecimento (médicos de Saúde Pública, enfermeiros comunitários e estatistas, entre outros com formação em saúde pública), não parece exequível esperar que exista um serviço junto de cada agrupamento de centros de saúde (ACES). O nível da ULS parece, assim, ser o mais adequado para a sua criação e consolidação, garantindo que a abordagem e os produtos terão desagregação ao nível infra-ULS. A experiência já obtida a nível regional com os Departamentos de Saúde Pública e, antes deles, dos Centros Regionais de Saúde Pública, aconselha a que se assegurem as condições e recursos para que os SLSP venham a funcionar efetivamente e de forma sustentável no tempo.

Mais uma vez, considerando que existem alguns exemplos de serviços de investigação clínica e epidemiológica em alguns hospitais e centros hospitalares, haverá que cuidar para que estes dois ambientes (hospitalar e populacional) não sejam confundidos e que a investigação clínica não se sobreponha e comprometa a observação epidemiológica em saúde, a vigilância epidemiológica e a investigação de base populacional. A epidemiologia é, também, de interesse ao nível hospitalar, estando prevista na lei a criação de serviços de investigação e epidemiologia nos hospitais. Assim, os SLSP poderão ser confrontados com pressões para integrar estes serviços, trabalhar sobre a população hospitalizada e atender a questões importantes na epidemiologia hospitalar, como sejam as infeções associadas aos cuidados de saúde ou a segurança do doente.

Face a estes fatores, o risco de desvalorização da atividade profissional em Saúde Pública de base populacional é real, veja-se a realidade atual, pelo que a integração destas funções, seja num serviço específico, o SLSP, ou num serviço que congregue, também, a função de planeamento, surge como possivelmente mais eficiente do que a organização como serviço separado, portanto mais sujeito a pressões que o desviem da componente populacional. Restará definir a articulação com a função de autoridade de saúde, cujas necessidades incluem o conhecimento epidemiológico cientificamente robusto da saúde da população sob sua responsabilidade.

Também a articulação dos SLSP numa rede nacional deverá ser promovida de modo a construir conhecimento de âmbito nacional, utilizando recursos locais como base em instrumentos harmonizados e comuns às diversas ULS. À semelhança de outros países, um organismo como o INSA poderia ajudar:

1. na harmonização de métodos e instrumentos epidemiológicos,

2. na promoção de mecanismos e momentos de colaboração e partilha de experiências, mecanismos que possam garantir o avanço consistentes de todas as ULS
3. na definição e gestão da agenda de investigação em Saúde Pública comum a todo o País, sem prejuízo de agendas de investigação em Saúde Pública locais.

Um exemplo concreto desta necessidade de coordenação a nível nacional surgirá quando os SLSP, (ou outra designação) forem confrontados com os processos de recolha de dados no terreno de alguns inquéritos de interesse para o planeamento da saúde da população portuguesa como o COSI, o IAN-AF e o INSEF-2. A atual proposta do INSA para a harmonização e realização conjunta destes inquéritos, quando a população em questão seja a mesma e quando haja necessidade e seja mesmo desejável que os serviços neles participem. Estes estudos observacionais, descritivos, transversais, são ainda de interesse a nível local (leia-se ULS) pois podem gerar informação de base populacional para o planeamento em saúde da população.

Quanto á questão da “Uma só saúde” (*One Health*) a articulação entre os serviços do Ministério da Saúde, os serviços de outros Ministérios e os serviços autárquicos será indispensável, tal como é desde há décadas assegurado pelas unidades de Saúde Pública nos ACES e pelos Departamentos de Saúde Pública das ARS. O INSA surge nesta matéria bem colocado dada a sua experiência nas áreas da alimentação e nutrição, saúde ambiental e doenças infecciosas.

Contributo de Carlos Matias Dias

Os Serviços de Saúde Pública, para que possam executar a sua missão e cumprir os seus objetivos, deverão situar-se de forma equidistante aos vários intervenientes no sistema de saúde.

O foco da Saúde Pública é o cidadão, não o utente ou o doente. Com a mesma agilidade, a Saúde Pública deve poder planear com base nos indicadores dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares, enquanto mantem a capacidade de intervir num conjunto vasto de determinantes de saúde através da ligação com outras estruturas da comunidade.

Contributo de Guilherme Quinaz Romana

Os SLSP devem permanecer equidistantes dos diferentes níveis de cuidados prestadores de saúde, sendo que tal não implica terem de ser colocados fora das ULS. Na minha visão, existe espaço para os SLSP dentro das ULS, trabalhando como um Departamento transversal, paralelo aos CSP e aos CH, colaborando diretamente com ambos. E, mesmo estando dentro de uma ULS, também podem, e devem, estar perto dos prestadores privados de cuidados de saúde e dos restantes agentes da comunidade.

Estar dentro das ULS permite uma proximidade forte com os serviços prestadores de cuidados de saúde, potenciando as sinergias entre estes serviços e o SLSP e aumentando as

hipóteses de se efetuar uma verdadeira integração de cuidados e uma intervenção organizada e unificada em prol dos cidadãos. Ficar fora das ULS poderá ser um risco, pois poderá condicionar uma menor ligação com os serviços prestadores de cuidados de saúde públicos, dificultando o acesso aos dados e até à intervenção orientadora da SP nas ULS.

E, ficando nas ULS, o papel de apoio aos CA será fundamental para unir e integrar os diferentes serviços e potenciar uma estratégia comum de atuação junto dos cidadãos, razão pela qual a SP deverá ser, também, um membro do CA.

Contributo de Gustavo Tato Borges

III – Equipas multiprofissionais interdisciplinares

Breve enquadramento – A complexidade multifacetada da Epidemiologia e das estratégias interventivas em Saúde Pública requerem cada vez mais a convergência e intercooperação de um leque de competências que ultrapassa muito o modelo vigente nas Unidades de Saúde Pública (USP). Estas, têm estado inseridas em agrupamentos de centros de saúde (ACeS) sem autonomia de gestão. Neste contexto, as USP ficaram atrofiadas e bloqueadas numa trama burocrática sem visão nem dinâmica de saúde populacional.

Pergunta 3 – Equipa multiprofissional

– *Dada a abrangência e complexidade dos desafios, qual a configuração e competências desejáveis das equipas multiprofissionais e interdisciplinares dos SLSP?*

Contributos

Devem ser asseguradas as competências já amplamente identificadas em documentos internacionais no contexto das funções essenciais em saúde pública. A configuração, ainda que não desejável, acho que deverá ter em consideração o pragmatismo de apenas serem necessárias algumas competências de forma pontual, pelo que alguns destes recursos deverão estar verdadeiramente disponíveis com base num nível mais macro de serviços. Por exemplo, por analogia, a SPMS presta serviços a várias entidades hospitalares e afins, também assim a DGS, INSA, estruturas regionais ou estruturas locais de excelência em determinadas áreas deveriam apoiar o nível local nas suas iniciativas.

Contributo de Miguel Cabral

A equipa multiprofissional dos SLSP deverá incluir profissionais com intervenção na área da psicologia e ciências do comportamento, área jurídica, engenharia ambiental, serviço social, entre outras, de forma a abranger os vários determinantes de saúde. Os SLSP deveriam ter capacidade para desenvolver uma das suas missões nobres, que é o planeamento em saúde, mas deixando o tradicional modelo e passando a adotar um modelo de planeamento participado, com intervenção e participação ativa dos destinatários das intervenções.

Os SLSP deverão, também, estar em estreita articulação com os municípios.

Contributo de Sara Dias

Os profissionais atualmente a trabalhar nas USP, nos departamentos de saúde pública regionais (DSP) e, a nível nacional, na DGS e INSA, detêm já competências e experiência que importa manter e robustecer em futuras alterações a esses serviços, neste caso propostos no nível local. Destes profissionais, os médicos de Saúde Pública, enfermeiros comunitários, e outros profissionais com formação pós-graduada em Saúde Pública, ou epidemiologia,

devem integrar as equipas nucleares desses novos serviços (no pressuposto que as USP serão substituídas por esses serviços). A colaboração com outras entidades externas, designadamente a academia, poderá complementar áreas de conhecimento necessárias ao estudo de temas específicos, seguindo agendas de investigação em saúde e conhecidas e adequadamente financiadas. A autonomia e contratualização plurianual, conjuntamente com o planeamento e gestão das atividades destes novos serviços, deverão assegurar os recursos nucleares necessários, assim como a capacidade para estabelecer protocolos de colaboração com entidades e profissionais externos ao SNS, como a academia.

Contributo de Carlos Matias Dias

A intervenção da Saúde Pública é intersectorial, devendo ser vastas as competências dos seus profissionais. Os profissionais de Saúde Pública que encontramos no SNS e na academia estão distribuídos de forma assimétrica. Se por um lado existem mais médicos ou enfermeiros nos serviços de saúde, temos mais epidemiologistas ou matemáticos nas universidades. Os serviços de Saúde Pública seriam certamente mais robustos e capazes se contassem com um conjunto de profissionais mais alargado e multidisciplinar. Não obstante, numa fase inicial, o estreitar da cooperação entre o SNS e a academia seria proveitoso para a saúde dos portugueses.

A Saúde Pública contemporânea faz-se da riqueza e diversidade das áreas profissionais que nela existem. Devemos caminhar para serviços que tenham a capacidade de planear e intervir com base em tecnologias inovadoras como a inteligência artificial ou medicina preditiva. Para que tal aconteça é fundamental enriquecer a amplitude de competências presentes nestes serviços.

Contributo de Guilherme Quinaz Romana

Reforçar as competências nucleares na área da Saúde Pública, alinhadas com as recomendações da OMS relativamente às competências básicas, com o ingresso de outras áreas profissionais (por exemplo, nutrição, engenheiros, estatistas, psicologia, sociologia, ciências da comunicação, ciências da educação e ciências políticas, entre outras), sempre que adequado.

Contributo de Ana Cristina Dias

As equipas dos SLSP já são multidisciplinares, no sentido em que dispõem de Médicos de SP, Enfermeiros de Saúde Comunitária e Técnicos de Saúde Ambiental, para além dos Secretários Clínicos. No entanto, há vários anos que a Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, assim como outras entidades, solicitam que estas equipas sejam reforçadas com profissionais diferenciados em áreas complementares, como sociólogos, educadores, estatistas, nutricionistas, juristas, engenheiros sanitários, profissionais de comunicação e

marketing, entre outros. Com o advento da IA e os avanços tecnológicos, profissionais com estas competências poderão vir a ser fundamentais também na SP local.

Estas equipas devem continuar a ser lideradas por Médicos de Saúde Pública e ter um Conselho Técnico, ou seja, um órgão onde estejam representados todos os grupos profissionais do SLSP e que auxilie o Coordenador na organização interna e no funcionamento do Serviço, à imagem do que já acontece nas USF.

Contributo de Gustavo Tato Borges

"Work in progress"

IV – Planeamento em Saúde

Breve enquadramento – A multiplicidade de “planos” de saúde, previstos em diversos diplomas locais requer um quadro compreensivo que lhes confira articulação e sentido. Por outro lado, os recursos humanos com formação e competências adequadas conduzir processos de planeamento em saúde consequente são de uma exiguidade crítica. Ainda assim, a necessidade de planeamento, ação e avaliação em saúde deve ser considerada uma prioridade a todos os níveis.

Pergunta 4 – Planos locais e planos municipais de Saúde – papel dos SLPS

– Como interrelacionar os âmbitos nacional, local (ULS) e municipal, previstos em normas diversas, num planeamento integrado orientado para resultados em saúde? Qual o papel dos SLSP neste processo?

Contributos

A necessidade de informação e conhecimento epidemiológico para o processo de planeamento é conhecida e foi já descrita nas respostas a perguntas anteriores. A questão coloca-se quanto à organização dos SLSP e sua integração num mesmo serviço com as funções de planeamento, ou a sua criação como serviço separado da função planeamento. A solução dependerá possivelmente da experiência anterior no território de cada nova estrutura. Qualquer que seja a solução haverá que garantir a efetiva articulação das atividades epidemiológicas com os restantes serviços da ULS, designadamente o serviço de planeamento, o serviço de investigação clínica e controlo da infeção hospitalar, cujo objeto são os doentes utentes dos serviços clínicos, e os serviços efectores de saúde pública, cujo objeto é a intervenção na população residente e presente na área territorial a cuidado da ULS. Haverá ainda que cuidar da articulação com as entidades de nível nacional, DGS e INSA, de modo a prevenir a heterogeneidade de instrumentos e de procedimentos e, pelo contrário, promover a utilização comum de um conjunto mínimo de instrumentos, procedimentos e reportes que permitam comparar as desigualdades entre populações e promover a sua correção.

Um exemplo são os processos de recolha de dados no terreno já realizados por alguns inquéritos de interesse para o planeamento da saúde da população portuguesa como o COSI (população escolar), o IAN-AF e o INSEF-2 (população geral). Estes estudos observacionais, descritivos transversais, são ainda de interesse a nível local (leia-se ULS) pois podem gerar informação de base populacional para o planeamento em saúde da população. A atual proposta do INSA para a harmonização e realização conjunta destes dois últimos inquéritos, ainda com a realização do Inquérito Serológico Nacional, implica o estudo da mesma população, responde a necessidades nacionais e regionais (recorde-se que apenas o Inquérito Nacional de Saúde por Entrevista, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística, com a colaboração do INSA, geram dados deste tipo) e propicia a

oportunidade de participação dos serviços locais, numa perspetiva de capacitação e de inclusão de áreas de inquirição que respondam a necessidades locais de conhecimento hum determinado momento, como a questão das desigualdades em saúde, populações migrantes, entre outras, como foi, aliás, realizado durante o INSEF em 2015.

Finalmente, a questão da independência da avaliação periódica do impacto populacional das intervenções planeadas e programadas, levadas a cabo pela componente efectora dos SLSP, deve se equacionada como necessária e carecendo da participação de todas as partes interessadas naquela comunidade como garante da sua efetivação e transparência, sem prejuízo da avaliação regular dos processos e efeitos das intervenções.

Contributo de Carlos Matias Dias

O planeamento em saúde é uma das áreas mais nobres da Saúde Pública. Os serviços de Saúde Publica deverão estar numa posição que lhes permita executar diagnósticos rigorosos, que possam alicerçar o desenvolvimento de estratégias, que por sua vez, sejam a linha orientadora dos objetivos a traçar pelos restantes atores da saúde.

O planeamento municipal terá sempre como base a instituição que representa, com a sua missão e recursos. Cabe à Saúde Publica conhecer tanto este planeamento municipal, como as macro estratégias do planeamento nacional, e desenvolver o planeamento local, de base populacional.

Assim, importa reforçar as prioridades identificadas como prioridades de todo o sistema de saúde. Deverá ser potenciado este papel em processos de contratualização e de decisão. Cabe, no entanto, à Saúde Publica, para que tal se concretize, a execução do planeamento com base na melhor evidencia disponível e com o foco na mensurabilidade e avaliação.

Contributo de Guilherme Quinaz Romana

Embora tenhamos um PNS de base populacional, este não tem sido amplamente usado como um plano estratégico em saúde que os Serviços Locais utilizem e, nele se inspirem, para a produção de PLS. Os PLS devem contribuir para o cumprimento dos grandes objetivos de PNS, orientados para resultados em saúde, mas sem retirar o foco da implementação local. A construção dos PLS tendo como objetivo uma estratégia de promoção a saúde “vai-se fazendo”, atualizando, e não pode demorar tanto tempo no diagnostico de situação que, na ambição de ter um PLS perfeito, o torne desatualizado. A cocriação de um PLS participativo, simples e fazível com definição de prioridades é essencial para o sucesso na sua implementação. Há etapas que não podem ser descuradas, sob pena de não termos um PLS participativo e alinhado com as necessidades locais:

- Criação de uma estrutura de coordenação a nível das ULS, sob liderança da USP reconhecida por todos, com capacidade de impulsionar o PLS e articular com os outros níveis, assim como com a “Rede de Saúde Pública”.
- Identificação dos recursos na comunidade e seus pontos focais.

- Envolvimento de atores comunitários, nomeadamente: as plataformas da “Rede Social” enquanto fóruns de articulação e congregação de esforços, as “Comunidades intermunicipais” para o nível ULS.
- Articulação e envolvimento dos “Conselhos Municipais de Saúde”, já que contribuem para uma abordagem integrada na construção uma política municipal de saúde, devendo esta política municipal estar alinhada como PLS e nele estar integrada.
- Os PLS devem ter metas realistas, ser monitorizados e avaliados anualmente, de forma a reformular objetivos e atividades.

Contributo de Fernanda Santos

O legislador deverá ser ciente do enquadramento legal. Não podem ocorrer erros crassos como os que têm ocorrido já por duas vezes em que o termo “Plano Municipal de Saúde” é usado de forma claramente errada. O Plano Local de Saúde deve ser imbuído de um planeamento comunitário, tal como o Plano Nacional, enquanto a Estratégia Municipal de Saúde será um tipo de planeamento institucional. Isto é, a construção coletiva de planos nacional e locais deve ser isso mesmo coletiva, decidida de forma comunitária, e tendencialmente cada vez mais comunitária. Os restantes planos deverão servir os propósitos para que sejam definidos. Quer seja enquanto planos institucionais, e como tal eminentemente técnicos, quer seja como planos com fins previamente definidos, como é o caso das Estratégias Municipais de Saúde. O Serviço Local de Saúde Pública deverá ser a instituição técnica de referência para garantir a adequação de todo este ecossistema de planos.

Contributo de Miguel Cabral

A - Como interrelacionar os âmbitos local (ULS) e municipal, previstos em normas diversas, num planeamento integrado orientado para resultados em saúde?

A política e gestão municipal intervém num conjunto de ações com vista ao desenvolvimento da saúde e bem-estar dos cidadãos em diferentes domínios. Para isso existem vários instrumentos que consubstanciam a ação política global, como o plano diretor municipal, e a ação política local nas áreas sociais, educacional, ambiental, transportes, económicos, habitação, etc.

De facto, são áreas relacionadas com os determinantes de saúde, cuja intervenção no sentido da melhoria dos seus indicadores, têm demonstrado cientificamente um grande impacto positivo na saúde das pessoas.

Por outro lado, esta evolução requer a necessidade de envolvimento e participação dos cidadãos, adotando novas formas de colaboração comunitária, mais flexíveis e informais, fundamental na consolidação do poder local e da cidadania.

Uma das questões que se coloca é como é que se interrelacionam os diferentes planos municipais e dos serviços de saúde de modo que haja apenas um instrumento orientador,

no mesmo espaço geográfico, que vise melhorar a saúde dos seus cidadãos, nas suas diferentes vertentes, desde a reabilitação à promoção de saúde, de acordo com as necessidades de cada um, no sentido de diminuir as desigualdades em saúde existentes?

Atingir o benefício máximo de uma política pública saudável exige um pensamento integrado a médio e longo prazo.

Construir um Plano de desenvolvimento de saúde, alicerçado nos diferentes determinantes de saúde, implica conhecer bem a comunidade local e definir uma estratégia de ação conjunta. É uma excelente oportunidade para redescobrir o papel dos diferentes atores na construção de mais saúde comunitária.

A vantagem do planeamento da saúde através de estratégias intersectoriais, exige uma corresponsabilização conjunta na construção da saúde das comunidades, implicando várias fases nesse processo:

- **Ter uma visão partilhada** - mobilizar atores chaves: políticos, lideranças locais, profissionais de diversos setores, voluntários, etc.;
- **Gerir a construção do Plano** - Ter uma equipa de acompanhamento, com definição dos diferentes papéis e responsabilidades de cada um;
- **Recolher e analisar informação de saúde e dos seus determinantes** - utilizando as diferentes fontes existentes. Se necessário produzir informação (inquéritos, etc.);
- **Estabelecer prioridades de intervenção** - com foco na diminuição das desigualdades, em conjunto com os parceiros;
- **Desenvolver estratégias de ação e definir o papel de cada um.**
- **Aprovar o Plano de Saúde pelos parceiros** - exequível, dinâmico, perceptível por todos, com objetivos atingíveis;
- **Implementar, mobilizar e avaliar** - corrigir se necessário.

B - Qual o papel dos SLSP neste processo?

Na realidade os serviços locais de saúde pública são os que possuem o conhecimento específico para liderarem tecnicamente o processo de construção do Plano de Saúde Local, por diversos motivos, entre outros:

- Têm capacitação na área do planeamento em saúde, epidemiologia, estatística e saúde comunitária.
- Conhecem as metodologias específicas para realizar o diagnóstico de situação de saúde, e avaliarem o impacto em saúde das diferentes ações tomadas.
- Têm experiência reconhecida em gerir parcerias e redes sociais necessárias ao desenvolvimento do Plano de Saúde Local.
- Fazem parte do sistema de saúde, com acesso à informação em saúde e facilitação no processo de articulação dos serviços aos diferentes níveis

Existem atualmente dinâmicas de desenvolvimento do Planos Locais de Saúde muito diferentes a nível nacional, dependendo dos recursos existentes, das dinâmicas e das lideranças locais. Pensar no futuro papel dos SPLP, no contexto dos Planos Locais de saúde implica saber qual o ponto de partida de cada um, ter instrumentos e ferramentas de

trabalho adequadas, em especial: adequado sistema de informação; enquadramento político e técnico de trabalho intersectorial; recursos humanos necessários, a fim da construção de um plano de saúde Local que seja participativo, que seja um documento de trabalho orientador, efetivo, e que resulte numa melhor saúde de todos os cidadãos, em especial os mais vulneráveis.

Contributo de Celeste Gonçalves

Os Planos Locais de Saúde (PLS) nasceram com o objetivo de reforçar a articulação intersectorial para a promoção da saúde e bem-estar de uma comunidade, promovendo o alinhamento das estratégias, partilhando recursos existentes ou mobilizando novos. A Saúde Pública ao nível local, têm tido a responsabilidade da coordenação técnica do processo de construção, supervisão da implementação, monitorização do PLS.

Atualmente os municípios, tem reconhecido o impacto da saúde no desenvolvimento económico e coesão social das comunidades, e neste sentido, o poder local tem tido uma ação mais ativa na promoção da saúde e no bem-estar das suas comunidades. Os Planos Municipais de Saúde (PMS) são uma ferramenta estratégica e privilegiada, desenhada de acordo com a realidade e especificidade de cada município, com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde dos seus municípios, utilizando estratégias cientificamente sustentadas

Com a nova organização do SNS através da disseminação das ULS que vão integrar vários municípios, com estratégias e planos municipais de saúde diferentes para dar resposta às suas populações, cabe aos serviços locais de saúde pública o importante papel agregador e mobilizador nas comunidades locais na concretização dos objetivos fundamentais comuns de uma política de ampla promoção e proteção da saúde, através de uma ação concertada e privilegiada entre as estruturas do Serviço Nacional de Saúde e o envolvimento de todos sectores da sociedade.

Contributo de Ana Cristina Dias

O Planeamento em Saúde é uma das competências core dos MSP e permite identificar áreas prioritárias para intervenção dos Serviços Prestadores de Cuidados, assim como dos agentes da comunidade. De facto, o Planeamento em Saúde não deve ficar restrito aos Serviços do SNS, mas deve alastrar-se e tocar todos quantos podem ter impacto na saúde das populações.

O PNS deve ser um documento orientador das necessidades globais de saúde da população nacional, que depois se subdivide nas suas componentes regionais e locais. E os SLSP são os serviços que fazem a translação das necessidades em saúde para as atividades individuais de cada agente da comunidade (desde a saúde, à economia, ao trabalho, à mobilidade urbana, ao planeamento urbanístico, à segurança, etc) e que promovem as pontes entre todos. Assim, o papel dos SLSP nesta área é fundamental para garantir que há uma convergência de esforços para um mesmo objetivo, evitando atividades avulsas ou redundantes ou sem impacto.

Deste modo, o PNS deve ser o eixo central do Planeamento em Saúde e os PLS o centro dos planos municipais de saúde, sendo que estes deviam ser planos operacionais de intervenção nas necessidades em saúde.

Contributo de Gustavo Tato Borges

"Work in progress"

V – Rede de Vigilância Epidemiológica

Breve enquadramento – O conceito e a figura de “observatórios de saúde” têm décadas. Porém, na prática, são inexistentes. Os recursos e os processos de que carecem requererão contributos, envolvimento e convergência dos principais setores que animam a vida de cada comunidade, alargando o âmbito limitado do que se considera ser o “setor da saúde”.

Pergunta 5 – Vigilância epidemiológica e papel dos observatórios locais de saúde

– Como conceber e implementar uma rede integrada de observatórios de saúde – intersectorial e participada que permita concretizar um enlace eficaz “central-local” na prossecução dos desígnios e objetivos da equidade em saúde, entre comunidades, regiões e, também, dentro de cada comunidade e cidade?

Contributos

Priorizando esta área como matéria crucial para o funcionamento dos serviços de Saúde Pública locais e de saúde de forma lata. Para isso é absolutamente essencial deixar claro que os serviços de Saúde Pública não só têm autorização para produção e divulgação de informação da comunidade, como o dever de o fazer, idealmente até num contexto de dados abertos à comunidade.

Contributo de Miguel Cabral

Dada a sua natureza e exigências diferentes, deverão definir-se à partida os programas de observação em saúde e os programas de vigilância epidemiológica. Embora possam ser da responsabilidade de um mesmo serviço, as equipas, protocolos de atuação, fluxos de informação interinstitucionais e nacionais, são diferentes para cada uma destas duas funções (observação e vigilância) pelo que carecem de planeamento, cronogramas e recursos específicos, de modo a não comprometer a sua efetividade por sobreposição e sobrecarga de equipas.

A experiência tida pelos atuais observatórios regionais de saúde, deve ser aproveitada para recriar a função **observação em saúde** em cada nova estrutura territorial, previsivelmente a ULS. O observatório de saúde da ULS, deverá funcionar em rede com os restantes observatórios locais, e colaborar com o Observatório Nacional de Saúde (o INSA tem na sua Lei Orgânica a função de Observatório Nacional de Saúde) pelo que este aspeto se relaciona com a necessária evolução dos organismos centrais do Ministério da Saúde nesta área, sem a qual se poderá cair num contraditório inconsequente e paralisante.

Esta rede deverá assegurar a função observação em saúde da população a nível da ULS e a nível Nacional através das suas atividades, mas, também, através da colaboração com entidades externas que produzam dados, informação e conhecimento relevantes sobre a

saúde daquela população, por exemplo as autarquias, serviços de outros ministérios e da administração pública, a academia e a sociedade. A utilização de instrumentos e métodos que permitam a comparação de informação e conhecimento entre as diversas realidades locais deverá ser uma preocupação desde o início. A utilização de instrumentos comuns, sua harmonização, lançamento e promoção de recolhas e análises periódicas síncronas permitirá que do conjunto de atividades de observação em saúde a nível local, possa resultar uma observação da saúde da população do País, prevenindo assimetrias, promovendo a troca de experiências bem-sucedidas e a partilha de recursos.

Uma decisão fundamental diz respeito à independência da atividade dos SLSP de modo a garantir que não é influenciada por interesses dos órgãos de gestão das ULS, ou outros níveis do MS. Idealmente estes serviços devem ter a capacidade de contratar serviços com entidades externas para produção de dados, informação e conhecimento, caso tal se afigure necessário à concretização dos objetivos indicados na resposta à pergunta 1. No entanto, esta independência pode ser difícil de atingir, podendo optar-se pela integração e participação na estrutura de organização e gestão da ULS. Esta questão deverá ser alvo de cuidada reflexão e decisão envolvendo todos os atores, sendo claro para todos o tipo e grau de independência das unidades dentro de uma ULS. Qualquer que seja a opção, a independência científica deverá ser mantida e garantida através de protocolos de atuação e de divulgação da informação epidemiológica estabelecidos desde o início e tornados públicos.

No caso da função vigilância epidemiológica, função na qual a epidemiologia tem papel importante, a DGS tem a atribuição da sua coordenação nacional, à luz da atual legislação. Dada a exigência desta função e os compromissos internacionais envolvidos, mas revendo as recentes dificuldades encontradas, será útil rever os atuais modelos de coordenação da vigilância epidemiológica de modo a poder reforçá-la e garantir a sua operação em diferentes cenários, antecipando futuras situações epidémicas, exigentes quanto à coordenação e operação a nível nacional, regional e local. Também aqui, o papel do INSA como Laboratório Nacional de Referência será importante, pois dele depende a rede de laboratórios de saúde pública e a rede laboratorial de diagnóstico para a vigilância epidemiológica.

Contributo de Carlos Matias Dias

Um modelo de rede integrada de observatórios de saúde, é importante para reforçar a intervenção da saúde pública na monitorização e observação da saúde, os determinantes e as consequências dos problemas de saúde da população, alimentando a base de conhecimento para a decisão baseada na evidência científica. Importante e fundamental na deteção precoce de problemas e emergências de saúde pública.

A rede de parceiros na comunidade, deve integrar e ser alargada à academia, que atualmente tem capacidade instalada e recursos para realizar estudos que serão contributos a ter em conta e a auxiliar nos observatórios de saúde.

Contributo de Ana Cristina Dias

Para tal, é fundamental a existência de um sistema de informação em SP, que permita a integração de dados em saúde com determinantes populacionais e com as intervenções em saúde. Um sistema que permita que haja uma coerência no acesso a dados e a informação em saúde e que permita integrar esses dados em informação inteligível. Também é fundamental que seja possível comunicar diretamente com a população, sem se centralizar toda a informação na DGS. Os SLSP deverão ter sites onde possam colocar informação acessível à população, informação trabalhada, desagregada e que respeite a proteção de dados, de modo que a população e os parceiros dos SLSP possam dispor de dados adequados para alterar comportamentos ou implementar medidas que conduzam a uma melhor saúde.

Este Sistema de Informação seria igual em todo o território e em todos os níveis de SP, permitindo que todos bebam dos mesmos dados e permita que todos tenham ferramentas semelhantes de análise de dados e de comunicação de informação em Saúde.

Para além dos Sistema de Informação, a Vigilância Epidemiológica deverá ser, cada vez mais, significativa para todos os agentes do SNS. Para tal, deve existir retorno da informação sobre as notificações para os parceiros e para a população, devem ser implementados mecanismos informáticos que minimizem a necessidade de duplicação da inserção de informação clínica (ou seja, ser capaz de retirar as informações importantes dos sistemas de registos clínicos e apenas exigir o preenchimento dos campos em falta, evitando que um notificador tenha que escrever o caso no seu sistema, depois passar para o SINAVE e preencher tudo novamente) e até minimizem os esquecimentos (notificando automaticamente as DNO sem necessidade de intervenção do clínico, caso os campos possam ser todos preenchidos automaticamente).

Contributo de Gustavo Tato Borges

Pergunta 6 – Sistema de informação de saúde das populações e equidade

- Como melhorar e “automatizar” procedimentos e práticas de vigilância epidemiológica de: desigualdades em saúde; determinantes; doenças transmissíveis e não transmissíveis; incapacidades; dependência e qualidade de vida e bem-estar relacionados com a saúde?

Contributos

Julgo que mais do que melhorar em grande medida teremos de os criar. Apesar da resposta à pergunta anterior, acho que um dos pontos relevantes para justificar o estado atual deste tipo de ação prende-se com a escassez de recursos humanos e competências nesta área.

Como tal seria importante criar uma rede de responsáveis ou interessados na área para promover conhecimento coletivo e troca de boas práticas.

Contributo de Miguel Cabral

A criação de sistemas de informação adequados, com garantia da interoperabilidade e da possibilidade de extrair e analisar dados é fundamental para o cumprimento da missão dos SLESP. A adequação dos sistemas de informação facilitaria a tão desejada, mas pouco frequente, avaliação do impacto na saúde das intervenções desenvolvidas. Por outro lado, poderiam criar-se índices com agregação de indicadores já existentes: por exemplo, um índice de envelhecimento saudável, que congregaria indicadores relacionados com controlo de doenças crónicas, consumo de ansiolíticos, internamentos evitáveis, internamentos por fratura do colo do fémur (todos estes já existentes), respostas na comunidade, etc.

Contributo de Sara Dias

A automatização de processos e fluxos de recolha, análise e divulgação e dados tem diferenças quanto aos objetivos, métodos e cronogramas, se se referir à função observação em saúde, ou à função vigilância epidemiológica, ou, ainda, às atividades de investigação epidemiológica, clínica ou populacional, pelo que a assunção destas diferenças é essencial desde o início ao planear um serviço de nível local. A experiência nacional e regional a este nível poderá servir de ponto de partida, sendo importante conhecer o modo de funcionamento nas ULS que estão implementadas há mais anos.

As duas funções (vigilância epidemiológica e observação em saúde) não poderão ser completadas apenas com recurso a métodos automáticos de recolha, análise e divulgação e dados, pelo que a intervenção e juízo humano deverão ser presentes e asseguradas no planeamento da estrutura, organização, gestão e financiamento destes serviços, partindo das realidades atuais das unidades de saúde pública nos ACES, departamentos de Saúde Pública nas ARS e nas ULS, não esquecendo a DGS e o INSA no seu papel nacional. Ao progredir para níveis locais de diagnóstico e quantificação, será necessário reavaliar a atual legislação de proteção de dados e assegurar que a nível local se dispõe dos dados e informação necessários, protegidos por instrumentos e mecanismos legislativos (incluir a vigilância epidemiológica nas exceções ao RGPD de forma explícita e assegurar o acesso a esses dados a todos os serviços envolvidos), e técnicos (segurança na transmissão, armazenamento, acesso e utilização dos dados de nível individual). Tal como na globalidade das questões colocadas neste documento, há, também nesta função essencial da Saúde Pública, que promover o entendimento dos órgãos de gestão das ULS que a função de Saúde Pública deve ser valorizada e considerada ao mesmo nível que as restantes funções (curativa, paliativa e de continuidade de cuidados) a nível individual. A presença do diretor do SLSP no órgão de administração de topo, ou num seu órgão consultivo, serviria este propósito.

Contributo de Carlos Matias Dias

Implementar uma nova dinâmica de funcionamento em rede em torno da função de observatório de saúde, e na sua necessária articulação com o Plano Local de Saúde, e outros planos estratégicos, podendo ser um bom impulsionador para o desenvolvimento da uma verdadeira rede de partilha de dados com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão.

No entanto, esta situação só será possível com um bom sistema de informação que agregue toda a informação e contributos da comunidade.

Contributo de Ana Cristina Dias

Com a implementação do Sistema de Informação em SP falado anteriormente. Se houver vontade de o criar, de o dotar de automatismos que permitam a recolha de dados de forma facilitada, de o integrar com os sistemas de registo clínicos existentes, etc, e de dotar/fortalecer os profissionais dos SLSP de competências nestas áreas, toda a vigilância em saúde pode ser feita de forma mais organizada, rápida e eficiente. Enquanto se depender da boa vontade de alguns profissionais, nunca será possível implementar esta vigilância e o observatório de saúde, de forma uniforme, em todo o país.

Contributo de Gustavo Tato Borges

VI – Métricas para avaliar desempenho e resultados – contratualização

Breve enquadramento – Os serviços de Saúde Pública devem, eles próprios, dar o exemplo de uma cultura de avaliação em saúde. Tal inclui hábitos de autoavaliação, e processos de compromisso/contratualização, com avaliação e consequências adequadas.

Pergunta 7 – Métricas relevantes e exequíveis

– Qual a métrica / indicadores-chave para monitorizar, aferir e avaliar de modo expedito e sistematizado, se possível automaticamente, o desempenho dos SLSP?

Contributos

No momento atual não me parece que tal seja possível. Estamos num ponto onde a existência de planos e relatórios de atividades dos serviços com uma qualidade aceitável é, em si, algo que me parece escasso da minha perspetiva subjetiva.

Contributo de Miguel Cabral

É importante investir nos serviços locais de saúde pública, em recursos e qualificação dos serviços tecnológicos e técnicos colocados à sua disposição, de maneira a permitir aprofundar o seu papel na implementação dos planos locais de saúde, na função de observatório de saúde e de vigilância em saúde pública, na proteção da saúde e prevenção da doença, na gestão e articulação de programas nacionais de saúde, na avaliação do impacto em saúde, na promoção da saúde e da literacia, na intervenção na comunidade, e que possam ser usados no processo de contratualização em saúde, através de indicadores que monitorizem o desempenho.

A saúde pública deve ter um processo de melhoria contínua, através um sistema de informação de saúde pública, com garantia de interoperabilidade com os outros sistemas de informação e de articulação entre os diferentes níveis, que permita o desempenho mais eficiente e efetivo das suas funções, essencial num processo de requalificação dos serviços.

Contributo de Ana Cristina Dias

Pergunta muito difícil de responder. Os indicadores de desempenho de um SLSP abrangem os indicadores de desempenho dos diferentes serviços com que colaboram, para além de, muitas vezes, só se obterem resultados a médio ou longo prazo. Mas é importante olhar para indicadores de mortalidade, morbidade, de qualidade de vida, de impacto na saúde, entre outros. E garantir a existência de um programa de melhoria contínua, de um plano de ação com objetivos mensuráveis, de um Manual de Procedimentos uniforme, etc.

Contributo de Gustavo Tato Borges

Tratando-se de um serviço cujo objeto é populacional, o conjunto de indicadores deve refletir o impacto das intervenções na população e não apenas os processos ou os resultados intermédios. A seleção desses indicadores poderá seguir o conjunto de funções essenciais que os SLSP devem assegurar, a contratualização realizada periodicamente e a consulta às partes interessadas, institucionais e populacionais. Os indicadores e a sua contratualização e avaliação dependerão da natureza e história natural de cada problema de saúde em questão.

Contributo de Carlos Matias Dias

Pergunta 8 - Contratualização

– Qual a função da contratualização enquanto meio/estratégia catalisadora e responsabilizadora para uma melhoria contínua de desempenho e resultados dos SLSP?

Contributos

Garantir um padrão mínimo de ação de qualidade. Tal exige que quem contratualiza tem noção do que deve ser um serviço de saúde pública e esteja disponível para gerir.

Contributo de Miguel Cabral

Para além da contratualização com os SLSP, deve ser considerado o papel dos SLSP na contratualização dos outros níveis de cuidados. Os SLSP devem garantir que o processo de contratualização com os vários níveis de cuidados é orientado para resultados em saúde e abrange os problemas de saúde prioritários identificados naquela população, orientando para a definição de estratégias e atividades adequadas.

Contributo de Sara Dias

Atualmente, o processo de contratualização é transversal a todos os níveis do SNS, e potencia a melhoria contínua do desempenho e assegura o necessário envolvimento e participação de todos os envolvidos no processo. A contratualização deve estar em alinhamento com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde, num objetivo transversal de alcançar os melhores resultados em saúde.

A monitorização e o cumprimento dos indicadores e metas, estão dependentes do desenvolvimento de um sistema de informação para produzir indicadores relevantes, garantindo a interoperabilidade, integrando informação dos diversos sistemas do Sistema de Saúde, e que permita, de forma intuitiva, eficaz e eficiente, tratar os dados, convertê-los em informação, e também, disponibilizá-los de acordo com as necessidades, através da geração de relatórios e de reporte à medida e de acordo com as necessidades da Saúde Pública.

Contributo de Ana Cristina Dias

A contratualização é um meio para fomentar a melhoria da qualidade dos serviços e de recompensar aqueles que buscam aperfeiçoar os seus programas e atividades e aumentar aos conhecimentos dos seus profissionais. Assim, é um instrumento muito importante para potenciar a qualidade dentro de um serviço e para orientar as atividades de acordo com os critérios definidos. Pode estar mais voltado para a organização interna, para os procedimentos dos programas ou para resultados em saúde, dependendo do grau de aperfeiçoamento do SLSP e do objetivo definido.

O difícil é encontrar indicadores que reflitam o trabalho dos SLSP e que sejam facilmente monitorizados.

Contributo de Gustavo Tato Borges

A contratualização deve servir o propósito de sustentabilidade e continuidade dos SLSP, colocando-os no mesmo patamar de gestão dos restantes serviços da ULS. Também os organismos centrais mais próximos do sistema de Saúde Pública Nacional, a DGS e o INSA devem ser beneficiários de processos de contratualização que permitam o seu alinhamento com um novo sistema nacional de Serviços de Saúde Pública, a sua sustentabilidade e coerência no eixo de atuação do Estado no sector da saúde, especificamente na Saúde de base populacional.

Contributo de Carlos Matias Dias

VII - Governação e liderança colaborativa em saúde populacional

Breve enquadramento – Mudar organizações mudando modos de ver, culturas organizacionais, tipos e níveis de competências e as práticas anteriores conduzirá muito provavelmente ao insucesso. Eventualmente até a situações piores do que as da situação de partida. Como evitar tal percalço?

Pergunta 9 – Formação sobre governação e liderança em saúde

– *Como desenvolver continuamente competências gerais e específicas de governação e liderança colaborativa em saúde populacional nas equipas locais de Saúde Pública?*

Contributos

Assegurar que a seleção para posições de liderança e gestão têm em consideração exclusivamente competências nessa área e não antiguidade ou eventual competência técnica em áreas específicas.

Contributo de Miguel Cabral

Parece cada vez mais necessário implementar de forma sustentada instrumentos de comunicação entre os serviços e profissionais que trabalham em Portugal na área da Saúde Pública. De entre os que necessariamente terão que ser criados a nível local, e entre ULS, importará assegurar a realização de:

- 1) uma conferência anual que reúna todos os serviços SLSP, a DGS e o INSA com a dupla finalidade de: a) troca de experiências e procura de soluções para as dificuldades encontradas nas áreas de trabalho dos SLSP mas também aos restantes níveis; b) exposição e debate de conhecimento científico de relevo local e na sua relação com o todo nacional
- 2) uma publicação eletrónica periódica para troca de experiências, informações e oportunidades de interesse para os SLSP;
- 3) reuniões periódicas entre os diretores dos SLSP;
- 4) uma organização dos SLSP que inclua todos os SLSP, com um Grupo de Coordenação, rotativo entre os Diretores dos SLSP, uma Comissão Científica, com elementos operativos de todos os SLSP e participantes externos, além de grupos de trabalho temáticos;
- 5) uma publicação nacional de carácter científico que permita a publicação com revisão por pares (oriundos de todas as ULS e de entidades nacionais e académicas) de trabalhos de estudo e análise epidemiológica das realidades locais, contribuindo assim para a valorização deste trabalho em termos científicos e curriculares.

Outro fator que deverá ser alvo de um plano anual específico diz respeito à formação científica e técnica dos recursos humanos que trabalhem nos SLSP, à semelhança do que deve suceder em todos os restantes serviços da administração pública.

Contributo de Carlos Matias Dias

Os Serviços locais, tem o conhecimento da comunidade onde estão integrados, e de todos os seus intervenientes e parceiros (autarquia, instituições e organizações da sociedade), facilitando assim a intervenção, nas diversas áreas, programas e ações de promoção da saúde e da prevenção da doença ao longo da vida, tendo presentes os problemas de saúde com maior impacto na morbilidade e na mortalidade, os desafios sociodemográficos e a existência de determinantes não modificáveis, bem como sociais, económicos, comerciais, ambientais, de estilo de vida e de acesso aos serviços.

Todos os atores sociais são potencialmente agentes de saúde pública.

Existem novos instrumentos de informação, comunicação, redes sociais de partilha e oportunidades de participação que podem facilitar o trabalho dos serviços. Os serviços de saúde pública têm de ter em conta esta evolução.

Contributo de Ana Cristina Dias

Em primeiro lugar, será importante que a antiguidade não seja o principal critério para a escolha dos líderes e responsáveis dos serviços, mas sim um fator a ter em conta, associado a competências técnicas, de liderança e de gestão de pessoas. E, dentro desta realidade, permitir que os profissionais dos serviços possam ter uma palavra na escolha do seu responsável.

É também fundamental que existam formações dirigidas para esta temática e que possam ser frequentadas por um conjunto alargado de profissionais, para que todos, ou quase, possam compreender e colaborar na gestão do serviço. Um líder sozinho não muda uma organização, mas apenas e só se a equipa estiver de acordo.

Por fim, é preciso acabar com a cultura do silêncio e da falta de partilha. Os responsáveis dos serviços devem encontrar-se regularmente, mas, acima de tudo, devem partilhar problemas e soluções, dúvidas e boas práticas, sem receios e sem segundas intenções, apenas e só para podermos todos resolver os problemas que surgem da melhor forma e com a menor disparidade entre locais. E o papel dos Responsáveis Regionais e Nacionais é fundamental para este crescimento. Se acima não há exemplo ou abertura, os locais vão mudar pouco.

Contributo de Gustavo Tato Borges

VIII – Promoção da participação e da capacitação social em saúde comunidade

Breve enquadramento – A evolução dos diversos tipos de sistemas de saúde foi determinada em tempos e ritmos diferentes, desde o final do século XIX até ao presente, por fenómenos político-sociais associados à industrialização de cada país. Não aconteceu por escolhas arbitrárias. Dependeu sempre de lastros e percursos histórico-sociais, bem como dos diferentes contextos e níveis de desenvolvimento socioeconómico, político e sociocultural.

Hoje, na era da *Eco-epidemiologia*, estes diversos sistemas, ainda que em graus variáveis, manifestam insuficiências e/ou desadequações para responder aos novos problemas, desafios e necessidades de saúde das suas populações. As situações e as ameaças para a saúde pessoal, coletiva e até global são cada vez mais diversas e complexas. Os cidadãos, todas as pessoas, todos os órgãos e organizações de cada comunidade devem tornar-se participantes ativos e determinantes da sua saúde pessoal e coletiva.

Pergunta 10 – Papel dos SLSP na promoção da participação e da capacitação social em saúde

– Como podem os SLSP contribuir para promover a participação social, a literacia em saúde e a capacitação das pessoas e da comunidade em saúde?

Contributos

Assumindo que a comunidade é o seu “utente” / “cliente” ou “dono”. Isto é, deve ser a comunidade a definir, em parte o que pretende dos seus serviços de saúde pública. Abrir espaços para que a comunidade seja informada e contribua para a ação do seu serviço de saúde pública deveria já ser um padrão mínimo de qualidade destes serviços.

Contributo de Miguel Cabral

A conjugação no mesmo serviço das atribuições de diagnóstico da situação e saúde da população, planeamento, implementação e avaliação das intervenções na comunidade, pode gerar os mesmos problemas que se conhecem nas atuais ULS e DSP, gerados pela escassez de recursos, planeamento inconsequente, entre outras. Assim, o contributo dos SLSP poderá consistir na identificação daqueles fatores sobre os quais a intervenção será mais custo-eficaz e, depois, na monitorização da frequência desses mesmos fatores e dos problemas de saúde a eles associados, na população. O papel dos estudos observacionais, descritivos, transversais será, aqui, importante, como já descrito anteriormente.

Contributo de Carlos Matias Dias

Os SLSP podem contribuir para promover a participação social, a literacia em saúde e a capacitação das pessoas e da comunidade em saúde, através de meios eficazes e eficientes que permitam desenvolver projetos com a comunidade escolar nos seus vários níveis de ensino, com as autarquias e com os vários atores da comunidade.

Contributo de Graciela Simões

Para a implementação de qualquer estratégia que vise a melhoria da saúde da população é necessário que a mesma vise a intervenção de cada um e das estruturas que existem na comunidade, quaisquer que elas sejam e qualquer que seja o seu âmbito, institucional, cultural ou outro.

A definição do papel a desempenhar por cada um deverá basear-se em estratégias assentes numa ampla discussão e participação tendo em conta a capacitação de cada um de forma a poderem intervir fundamentalmente nas decisões de saúde, nos diferentes níveis em que a sua atuação ocorra.

Aumentar a literacia em saúde deverá ser um desígnio das estruturas dos serviços de saúde e de cada um dos profissionais que os compõem.

Intervir em contexto comunitário é sempre trabalhar em conjunto com as organizações e, portanto, com as pessoas que as compõem, pelo que os modelos de intervenção devem incorporar este princípio.

Também é responsabilidade dos decisores, aos vários níveis, pensarem na adequação do modelo, em conformidade com a maturidade das organizações de forma que a sua incorporação seja um fator de facilitação. Isto implica que o desenvolvimento das políticas de saúde, independentemente de áreas comuns (ex: de nível nacional) e de respostas de saúde básicas, deverá crescer a ritmos diferentes e contingentes aos problemas identificados na e pela população.

Quanto maior a proximidade das respostas às necessidades identificadas maior será a garantia de sucesso.

Contributo de Graça Eliseu

O planeamento em saúde, quando aplicado, é fundamental desde o diagnóstico à priorização e intervenção. E, sem dúvida, os SLSP em parceria com outras instituições de saúde, instituições de âmbito social, com a autarquia e academia, desempenham um papel basilar na literacia em saúde da população em áreas prioritárias da população. A literacia em saúde pode ser considerada um determinante da saúde e um objetivo central para a promoção da saúde pública. Talvez, redefinir a atuação, porque informação, conhecimento, em algumas necessidades a população tem, mas como mudar e perdurar os

comportamentos? Que intervenções, após a capacitação da população em termos de conhecimentos, utilizar para a tomada de decisão informada e mantida?

Contributo interrogativo de Odete Amaral

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 da Organização das Nações Unidas, preconizam o reforço das parcerias, sua participação e compromisso, e, como tal, da ação intersectorial aos diferentes níveis (do nacional, ao regional, ao local), o modelo de rede afigura-se particularmente útil e favorecedor da ação intersectorial aos vários níveis, indispensável para a melhoria da saúde e bem-estar dos portugueses.

Para que a Saúde Pública possa continuar a cumprir a sua missão terá de assumir um papel preponderante na ativação, coordenação e motivação da participação de parceiros, por vezes diferentes dos tradicionais, e de setores habitualmente considerados não responsáveis pela saúde das populações. Por sua vez, as instituições académicas podem trabalhar em parceria, tanto no diagnóstico de situação e estudos transversais descritivos como às parcerias no âmbito das intervenções.

O processo de descentralização de competências na área da saúde, em especial através da participação dos órgãos municipais no planeamento, pode melhorar a organização e articulação dos serviços de saúde pública, através de mecanismos de maior integração entre as estruturas do SNS, a Proteção Civil, o setor social e os atores da sociedade civil com intervenção direta e indireta na saúde, enquanto dispositivos locais de proximidade e estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições, com atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações e para a redução das desigualdades em saúde.

Contributo de Ana Cristina Dias

Os SLSP, através dos seus profissionais, têm um papel determinante na promoção da participação social através da implementação de programas de literacia em saúde (LS) como uma estratégia fundamental de empoderamento do cidadão, que contribuem para a criação de ecossistemas promotores de saúde e bem-estar, promovendo a equidade em saúde e são um forte contributo para a sustentabilidade do SNS.

Para a implementação destes programas, devem ser constituídas equipas multidisciplinares e intersectoriais que promovam a participação ativa de diferentes setores da sociedade e respetivos *stakeholders* locais (setor social, profissionais das autarquias, juntas de freguesia, escolas, IPSS's, ONG's entre outros), com vista ao desenvolvimento de políticas e estratégias de atuação multi e interdisciplinares, devidamente articuladas e desenvolvidas por todos, valorizando sinergias e permitindo uma abordagem multinível, transversal e intersectorial, que permitem o sucesso e garantem a sua continuidade. Através de dinâmicas locais, amplamente participadas, seguindo os princípios orientadores das atuais políticas de saúde, nas quais a LS assume um papel determinante e transversal, adaptadas à cultura e às

necessidades da comunidade, com uma estratégia de comunicação clara e acessível, com métodos dinâmicos, que promovem, de forma motivacional, o conhecimento, as capacidades e as atitudes de cada um.

Tendo em consideração os ganhos em saúde, os programas/projetos de LS na comunidade devem incidir em três principais grupos, a saber: crianças e jovens, grupos vulneráveis e *stakeholders*. Para as crianças e jovens, a LS deve ser integrada nos currículos ao longo do percurso académico, nos diferentes níveis de ensino e nas diferentes áreas científicas. Assim, ao nível das escolas, do ensino básico e secundário propõem-se o fortalecimento da LS nos currículos através do seu reforço nos tópicos que já abordam os conceitos relacionados com as competências e áreas de ação da LS. Em vez de introduzir a LS como um novo conceito, é possível combinar e integrá-la nestes tópicos pré-existentes. Desenvolvendo projetos que privilegiem a educação por pares e a participação ativa das crianças e jovens no planeamento destes. No ensino superior propõem-se a integração da LS nos currículos académicos com especial prioridade nos cursos da saúde e de educação. Ainda que a responsabilidade de promoção da LS seja coletiva, os profissionais de saúde e os professores assumem um papel-chave, pelo que devem ter formação de modo a desenvolver competências que lhes permitam promover a LS com eficácia e eficiência. As intervenções nos grupos vulneráveis devem ser integradas em dinâmicas que estão a ser desenvolvidas na comunidade (ex. universidades séniores, academias, associações locais com ou sem fins lucrativos). No âmbito destas dinâmicas da e na comunidade, também devem ser promovidas as competências de LS dos *stakeholders* locais, os quais assumem um papel importante na capacitação do cidadão e são elementos facilitadores do seu acesso aos serviços de saúde.

Contributo de Patrícia Martins

Os SLSP devem potenciar a participação da sociedade na definição dos problemas de saúde prioritários, na definição de programas e projetos que permitam melhorar a saúde da comunidade, na entajuda para a resolução dos problemas e no trabalho intersectorial para benefício da população. Os SLSP não são donos dos dados, não são donos dos agentes da comunidade nem dos Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde. São parceiros que trazem a sua experiência e competência para o trabalho comunitário e encontram pontes e sinergias onde os outros não encontram.

Promover fóruns de partilha e debate, organizar reuniões de peritos, trabalhar de perto com os agentes da comunidade e divulgar dados de forma livre, mas sempre cumprindo com a proteção de dados, são formas efetivas de promover esta participação voluntária, livre e interessada de todos.

Contributo de Gustavo Tato Borges

IX - Sistema de informação - apoio à decisão

Breve enquadramento – Sem informação adequada não há conhecimento útil e sem este não é possível fazer escolhas acertadas nem atuar eficazmente. Milhares de profissionais desperdiçam em cada dia milhares de horas de trabalho a registar dados em plataformas separadas, pensadas e arquitetadas com lógicas diversas, frequentemente distantes das necessidades e expectativas dos seus utilizadores principais ou que o deveriam ser.

Pergunta 11 – Sistema de informação para vigilância epidemiológica e decisões adequadas em promoção da saúde e da governança em saúde das populações

– Quais os requisitos essenciais para um subsistema de informação em saúde populacional/Saúde Pública, como parte de um sistema integrado de informação em saúde?

Contributos

Tal como andamos a discutir a reforma da saúde pública enquanto o sistema de saúde se reforma sem a saúde pública, também a nossa discussão da criação de um sistema de informação para a saúde pública ocorre enquanto o sistema de informação da saúde se está a desenvolver em grande parte sem a saúde pública. Temos já imensos sistemas de informação úteis à saúde pública, urge é obter acesso formal a eles e garantir liderança nos serviços para que esse uso seja profícuo e útil para a comunidade e outros serviços de saúde.

Contributo de Miguel Cabral

Deverá permitir a extração e análise de dados, desagregados por variáveis geodemográficas e individuais (idade, sexo, local de residência, etc.), dados de saúde (doenças ativas, variáveis antropométricas, etc.). Deverá ter como perspetiva a centralidade no utente, garantindo a interoperabilidade com outros sistemas e permitindo o acesso a todos os dados num só local, independentemente da instituição de saúde.

Quanto aos registos a serem efetuados pelos profissionais dos SLSP, deveria contemplar a possibilidade de inserir grupos que foram alvo de intervenção, de forma a troná-la mensurável quanto ao número de pessoas abrangidas e, futuramente, ser possível identificar quem beneficiou dessa intervenção, de forma a possibilitar eventuais avaliações de impacto.

Uma vez que os determinantes sociais têm um elevado impacto na saúde, deveria ser possível a integração de dados relacionados com o perfil socioeconómico de cada pessoa

Deverá existir um módulo automático de vigilância sindrómica, que permita acompanhar tendências de determinadas ocorrências em saúde e proporcionar alertas precoces que permitam uma rápida intervenção.

Seria necessário definir níveis de acesso e formas de anonimização dos dados recolhidos.

Relativamente às Doenças de Notificação Obrigatória, deveria integrar o SINAVE e permitir a análise de tendências de incidências e distribuição geográfica das mesmas.

Por outro lado, de forma a facilitar o trabalho dos Observatórios Locais de Saúde, deveria ter um módulo de "Perfil de saúde" da população. A este nível, poderia integrar dados demográficos e socioeconómicos populacionais de outras fontes, como INE, PORDATA, etc.

Contributo de Sara Dias

Deve salientar-se que são vários os sistemas de informação que contribuem para os dados e informação de necessários à missão das atuais USP, Departamentos de SP e serviços centrais na DGS e INSA. Considerando a experiência atual, numa modernização da arquitetura da rede nacional de Saúde Pública deve contemplar-se o acesso dos SLSP e serviços centrais a esses dados assim como aos serviços que a nível Nacional trabalham na área da saúde Pública. Ao nível local, será de interesse conhecer e poder utilizar dados e informação gerada por outras entidades, designadamente as autarquias ou serviços de outros Ministérios.

Dadas as atuais regras e leis de acesso e utilização de dados individuais, é urgente que os encarregues de proteção de dados e as comissões de ética atualmente existentes nas estruturas do Ministério da Saúde se reúnam e definam as regras de acesso e utilização de dados necessários às funções essenciais da Saúde Pública, designadamente a vigilância epidemiológica, a observação sem aúde e a investigação clínica e populacional.

Em qualquer sistema de informação que sirva os SLSP e os seus parceiros centrais, deve entender-se que os atuais sistemas baseados em registos de contactos dos cidadãos com prestadores de cuidados não são suficientes, pois refletem apenas os contactos e não a totalidade da população residente na respetiva área geográfica, nem as populações minoritárias e marginais. Assim, devem ser criados e mantidos sistemas de informação e monitorização de base populacional: 1) um inquérito de âmbito nacional, quinquenal, com amostragem e desagregação a nível das ULS que combine o IAN-AF, o INSEF e o ISN, tal como proposto superiormente pelo INSA e pelo ISPUP da UP; 2) um inquérito telefónico (segundo os procedimentos de ECOS, realizado pelo INSA desde 1998), com módulos temáticos fixos e módulos temáticos rotativos, os quais podem acomodar necessidades de informação populacional de nível local. Dada a natureza do desenho e métodos seguidos por ECOS (vide relatórios no repositório científico do INSA,) este sistema de informação pode ser ativado de forma mais frequente e com menor custo, à semelhança do que se verifica no Brasil ou nos EUA, para monitorização do painel de indicadores populacionais, atualização das necessidades de saúde da população e avaliação das intervenções de Saúde Pública a nível local e nacional.

Contributo de Carlos Matias Dias

Não existe, em Portugal, um sistema de informação de saúde único, em rede, de base populacional, orientado para os resultados em saúde, que dê resposta, de uma forma integrada, às diferentes necessidades da saúde pública

Existem vários sistemas, microssistemas e subsistemas de informação de saúde, na sua maioria não integrados e não desenhados segundo uma mesma lógica, com perdas de eficiência e de efetividade.

É importante que exista um sistema de informação de saúde único, que ligue a informação clínica (de base administrativa e individual), a informação de saúde (de base populacional), a informação gerada pela investigação e pela avaliação de programas e projetos de saúde, bem como a informação relevante produzida por outros setores da sociedade.

A saúde pública necessita, também, de um sistema informático de registo da sua atividade, essencial não só para a gestão eficaz e eficiente dos mesmos, como também para a contratualização.

Um sistema de informação em rede facilitará, nos vários níveis e componentes, na comunicação e na partilha de informação e conhecimento, na disseminação de informação relativa a boas práticas, na intervenção no âmbito da promoção da saúde, no planeamento em saúde e dos serviços de saúde e na resposta aos desafios gerados por situações de emergência, e consequente melhoria da decisão e da intervenção intersectorial em saúde, assim como, na melhoria da eficiência e efetividade no exercício das suas competências.

O sistema de informação deve centralizar a informação relevante, de natureza epidemiológica e demográfica, permitindo um sistema integrado para suportar os processos de planeamento estratégico e operacional das redes de cuidados aos diversos níveis (hospitalares, primários, continuados e paliativos), ajudando na adequação permanente da rede e da sua atividade às necessidades da população e à situação sociodemográfica do país.

Contributo de Ana Cristina Dias

X – Autoridade de Saúde

Breve enquadramento – Um dos aspetos mais controversos e repetidamente equacionado pelos vários grupos e comissões que têm estudado e feito propostas sobre a reforma da Saúde Pública em Portugal tem sido a questão das funções de “Autoridade de Saúde”. Sobretudo, de como garantir a indispensável independência desta, relativamente às instâncias que lhe devem observância. Convirá, portanto, recapitular detalhadamente o extenso trabalho já produzido e as diversas propostas já avançadas. Ainda assim, há aspetos de princípios, valores e linhas gerais que podem e devem ser amplamente discutidos.

Pergunta 12 – Arquitetura e hierarquia organizacional das funções de Autoridade de Saúde nos vários níveis – perspetivas futuras

– Que inovações quanto a princípios, valores e linhas orientadoras gerais poderão contribuir para melhorar e modernizar o “edifício” institucional e o modelo de exercício das funções de Autoridade de Saúde nos vários níveis?

Contributos

É frequente ficar surpreendido com as “inovações” que descubro em documentos antigos de saúde pública. A parte de saúde pública do relatório das carreiras médicas da década de 60 é um exemplo crasso. Parece-me que grande parte do que se refere lá seria útil nos dias de hoje. Destaco a necessidade de formação específica para a função de autoridade de saúde, assim como uma avaliação adequada para o exercício dessa função e, naturalmente condições materiais e de apoio jurídico para tal.

Contributo de Miguel Cabral

A função de autoridade de saúde deverá ser adequadamente remunerada face à exigência e responsabilidade associada à sua intervenção. Deverão ser definidas claramente as funções e atividades a serem desenvolvidas pelos médicos de saúde pública nomeados como autoridade de saúde, deixando de associar à função de autoridade de saúde as atividades que pouco ou nenhum ganho em saúde têm para a população, (como, por exemplo, verificações de óbito, verificações de doença de funcionários públicos, juntas médicas, entre outras).

Deverá ser mantida uma hierarquia nacional, regional, com independência e apoio jurídico efetivo. As funções de autoridade de saúde não devem ser desligadas dos SLESP, mas devem ser dotadas de meios próprios para intervenção.

Contributo de Sara Dias

Sendo que, o poder discricionário da Autoridade de Saúde (AS) se refere à “*intervenção do Estado na defesa da saúde pública*”, esta deve ser dignificada e serem-lhe dados recursos/meios que permitam a sua plena atuação independente, eficaz e atempada. A dupla tutela dos Serviços de Saúde Pública, por um lado dos Conselhos de Administração das ULS/ACES por outro da DGS na via hierárquica das AS, tem criado “ruído” e entraves à atuação da AS. É desejável que as USP sejam autónomas, não só sob o ponto de vista funcional/estrutural, mas também financeiramente o que permitiria uma ampla e mais eficaz intervenção das AS estando estas, contudo, ligadas hierarquicamente (local/regional/nacional) à ASN/DGS. Por outro lado, há que dar mais robustez técnica e legal à intervenção da Autoridade de Saúde:

- Criação a nível da DGS de um departamento/serviço de apoio à decisão das AS, pois há, no nosso país, formas diferentes de atuação das AS para a mesma situação, que criam injustiças percebidas pelos cidadãos.
- Sistema de informação (SI) próprio, independente, sendo um “canal comunicação” eficiente com as outras AS podendo estar incluído no SI da rede de Saúde Pública.
- Repositório centralizado na DG da legislação referente às áreas de intervenção das AS.
- Acesso a plataformas de dados para apoio à decisão das AS.
- Atualização formativa das AS nas diversas áreas da sua atuação, coordenada pela DGS
- Equipa com recursos humanos adicionais para a Sanidade Internacional, dedicadas e com formação atualizada (no âmbito RSI), em rede com OMS/EU/IHR Joint Action europeia **SHARP** (Strengthened International Health Regulations and Preparedness in the EU).
- Assessoria jurídica dedicada.
- Incentivo financeiro de acordo com a responsabilidade e disponibilidade 24h. Há muitos colegas MSP que não aceitam ser AS, por falta de compensação justa e adequada às funções.

Contributo de Fernanda Santos

A Autoridade de Saúde, como intervenção do Estado na defesa da Saúde Pública, na prevenção da doença, na promoção e proteção da saúde, assim como, no controlo de fatores de risco ou situações com potencial para causar “prejuízos” à saúde na comunidade, encerra em si o potencial dos princípios estruturais da Saúde Pública, pelo que a AS deve ser exercida por todos os profissionais de SP com competências para o exercício das suas funções.

Os princípios e os valores estão por demais definidos na infinidade de documentos publicados sobre a matéria. No entanto, as linhas orientadoras devem ser reformuladas à luz das alterações estruturais que se preveem com o desaparecimento, ou não, das ARS, tendo por base rácios populacionais e os efetivos recursos humanos existentes. Os recursos regionais, na impossibilidade de organizar equipas a dar respostas às suas responsabilidades, devem reverter os profissionais para o nível local.

Perante a situação de falta de recursos humanos a Autoridade de Saúde, deve apenas assumir responsabilidades inerentes às funções relacionadas com o Ministério da Saúde e no exercício das suas funções deve ter disponível apoio jurídico efetivo, principalmente a nível local, onde se desenrolam as ações possível de conflito com a comunidade. Deve terminar o conflito de competências em que as AS não tem enquadramento legal.

Perante a realidade atual, a estrutura Regional e Local deveria ser organizada num organismo ou unidade independente, com autonomia funcional, não se prevendo um espaço de desenvolvimento, nem possibilidade de afirmação na comunidade, com responsabilidades repartidas dentro da ULS.

Contributo de Graciela Simões

Para melhorar e modernizar o exercício das funções atribuídas à autoridade de saúde (AS) será importante:

- Incluir num dos módulos no Curso de Especialização em Saúde Pública (estágio obrigatório do programa de formação médica pós-graduada de saúde pública), o conteúdo programático – Autoridade de Saúde;
- Existir uma única tutela para o SLSP e para a AS (atualmente existe uma dupla tutela, por um lado a cadeia hierárquica das autoridades de saúde e, por outro, a dos ACES/Regiões de Saúde ou a dos Conselhos de Administração das ULS);
- Retirar alguns atos técnicos individualizados do âmbito das funções da Autoridade de Saúde, nomeadamente as juntas médicas de avaliação de incapacidade da pessoa com deficiência, verificações domiciliárias de doença, consultas nos centros de diagnóstico pneumológico (diagnóstico e tratamento) e as verificações de óbito;
- Agilizar a disponibilização de recursos (materiais e humanos) necessários à realização de atos que fundamentam a decisão da autoridade de saúde;
- Existir um sistema de informação em saúde pública, com interoperabilidade com os outros sistemas de informação utilizados no sistema de saúde Português.
- Disponibilizar equipamento informático, com acesso à internet e impressora portáteis.

Contributo de Lina Guarda

A intervenção do Estado através da autoridade de saúde na defesa da saúde pública, em situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou das comunidades, e na vigilância de saúde no âmbito territorial nacional que derive da circulação de pessoas e bens no tráfego internacional, decorre da Lei de Bases da Saúde, e como tal obrigação legal.

Atualmente existe muita legislação dispersa que carece de revisão e adequação à nova realidade do SNS, no entanto, é um importante mecanismo de garante da defesa da saúde pública.

Contributo de Ana Cristina Dias

A função de AS é extremamente importante para a proteção da saúde dos cidadãos, pois permite que o Estado opere de forma rápida, cirúrgica e discricionária em situações de grave prejuízo para a Saúde das populações. Dito isto, está é apenas mais uma ferramenta ao dispor dos MSP e que deve ser usada apenas em situações de necessidade. O ideal é sempre promover a proteção da população de forma colaborativa com quem possa vir a ser alvo da sua intervenção.

Esta função deve ser restrita exatamente àquilo que a lei define, ou seja, dirigida a intervenções que beneficiem a comunidade e não associada à execução de atos burocráticos sem impacto na saúde populacional. Assim, as Juntas Médicas de Avaliação de Incapacidade, a emissão de atestados médicos de condutores, as verificações de situações de doença ou de óbito são algumas das situações que devem ser entregues a outros médicos, pois ser AS não é uma mais valia para o desempenho dessas funções.

A DGS e o MS devem promover uma formação contínua nesta área, de modo que os MSP que venham a ser nomeados como AS possam adquirir mais competências nesta área e poder desempenhar melhor estas funções. Incluir esta formação no internato não creio que seja ideal, visto que a especialidade é de SP e não de AS. Esta última é uma função atribuída pelo Estado aos MSP pelo que é função do Estado promover a sua formação.

Mas, para que esta função seja desempenhada em condições e de forma equitativa em todo o território nacional, deve existir um órgão de apoio à AS que funcione, que seja dinâmico e que tenha apoio jurídico para aconselhar em situações difíceis. Também é preciso que se defina melhor quais as situações em que pode atuar e onde não pode, pois há muita confusão associada. Por fim, financiamento adequado (para permitir a determinação de análises laboratoriais, por exemplo) e dotação de recursos humanos (por exemplo motoristas) e materiais (equipamentos com ligação à internet para emitir documentos no local da avaliação ou capturar fotografias, viaturas de transporte, equipamentos de proteção e/ou identificativos).

Não penso que a dupla tutela existente seja problemática para a AS. O que é fundamental é que cada pessoa saiba o que faz e em que contexto. Em algumas situações, atua-se como MSP, com a concordância dos superiores administrativos (DE do ACES ou CA das ULS), noutras atua-se como AS, dando conhecimento aos responsáveis administrativos.

Contributo de Gustavo Tato Borges

Parte II

Perguntas – Respostas

Colocámos as questões ao *ChatGPT* que é um chatbot de inteligência artificial desenvolvida pela OpenAI, que responde tendo por base a informação disponível em sistema aberto na Internet. Disponível em: <https://chat.openai.com/c/d03eb582-1795-4b3c-bebf-d45dd07d2868>

As respostas obtidas estão organizadas nas páginas seguintes, apenas com correções e ajustamentos ortográficos e gramaticais para o português falado e escrito em Portugal.

Pergunta 1 – Missão e propósitos

– Como descrever de modo claro, sucinto, preciso e impactante a missão e os propósitos dos Serviços Locais de Saúde Pública?

Resposta obtida

A missão dos serviços locais de Saúde Pública é proteger e promover a saúde da população, através da prevenção e controle de doenças, promoção de estilos de vida saudáveis e resposta eficiente a emergências de saúde pública. Com o propósito de garantir a segurança e bem-estar de todos os indivíduos, através da vigilância epidemiológica, educação em saúde, planeamento e implementação de políticas de saúde, e colaboração com outras instituições para alcançar resultados impactantes na saúde da comunidade.

ChatGPT

Pergunta 2 – Posicionamento sistémico

– Qual a arquitetura sistémica e organizacional mais favorável para que os Serviços Locais de Saúde Pública cumpram a sua missão e os seus propósitos, com abordagens "One Health"?

Resposta obtida

A arquitetura sistémica e organizacional mais favorável para que os Serviços Locais de Saúde Pública cumpram a sua missão e propósitos com abordagens "One Health" envolve uma estrutura integrada e colaborativa. Isso significa que diferentes setores, como saúde humana, saúde animal e saúde ambiental, devem trabalhar em conjunto para abordar os desafios de saúde pública de forma holística.

Uma abordagem "One Health" requer a criação de parcerias e redes de colaboração entre agências governamentais, instituições de investigação, organizações não governamentais e comunidades locais. Essa arquitetura organizacional deve promover a coordenação e a troca de informações entre os diferentes setores, visando a deteção precoce de doenças, a resposta rápida a surtos e a implementação de medidas preventivas eficazes.

Além disso, a arquitetura sistémica deve incluir a capacitação de profissionais de saúde em epidemiologia, medicina veterinária, saúde ambiental e outras áreas relacionadas. Isso garantirá uma compreensão abrangente dos determinantes de saúde e a capacidade de colaborar em abordagens integradas.

Em resumo, a arquitetura sistémica e organizacional mais favorável para os serviços Locais de Saúde Pública com abordagens "One Health" é aquela que promove a integração entre os setores de saúde humana, animal e ambiental, através de parcerias e redes de colaboração, e capacitação adequada dos profissionais de saúde.

Pergunta 3 – Equipa multiprofissional

– Dada a abrangência e complexidade dos desafios, qual a configuração e competências desejáveis das equipas multiprofissionais e interdisciplinares dos Serviços Locais de Saúde Pública?

Resposta obtida

As equipas multiprofissionais e interdisciplinares dos Serviços Locais de Saúde Pública devem ter uma configuração e competências adequadas para enfrentar os desafios complexos e abrangentes da saúde pública.

A configuração ideal das equipas deve incluir profissionais de diferentes áreas, como epidemiologistas, médicos, enfermeiros, veterinários, biólogos, engenheiros ambientais, entre outros. A diversidade de conhecimentos e habilidades permite uma abordagem holística e integrada dos problemas de saúde pública.

Além disso, as equipas devem ser interdisciplinares, o que significa que os profissionais devem trabalhar em conjunto, partilhando informações e tomando decisões em conjunto. A interdisciplinaridade permite uma compreensão mais abrangente dos determinantes de saúde e a implementação de estratégias mais eficazes.

As competências desejáveis das equipas multiprofissionais e interdisciplinares dos Serviços Locais de Saúde Pública incluem:

1. Conhecimento em epidemiologia, estatística e análise de dados.
2. Habilidades em comunicação e educação em saúde.
3. Conhecimento em saúde ambiental e saúde animal.
4. Capacidade de gerir crises e emergências de saúde pública.
5. Habilidades em planeamento e implementação de políticas de saúde.
6. Conhecimento em tecnologias de informação e comunicação.
7. Habilidades em trabalho em equipa e liderança.
8. Capacidade de adaptação às mudanças e inovações na área de saúde pública.

Em resumo, as equipas multiprofissionais e interdisciplinares dos Serviços Locais de Saúde Pública devem ser compostas por profissionais de diferentes áreas, trabalhando em conjunto e partilhando conhecimentos e habilidades para enfrentar os desafios abrangentes e complexos da saúde pública. As competências desejáveis incluem conhecimento em epidemiologia, saúde ambiental e animal, habilidades em comunicação, liderança e gestão de crises.

Pergunta 4 – Planeamento em saúde

– Como interrelacionar os âmbitos nacional, local (ULS) e municipal, previstos em normas diversas, num planeamento integrado orientado para resultados em saúde? Qual o papel dos Serviços Locais de Saúde Pública neste processo?

Resposta obtida

A inter-relação dos âmbitos nacional, local (*Unidades Locais de Saúde - ULS*) e municipal no planeamento integrado orientado para resultados em saúde é essencial para garantir a eficácia das políticas de saúde e a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Passo a explicar como esses âmbitos podem ser interligados e o papel dos Serviços Locais de Saúde Pública neste processo:

1 - Estabelecimento de Objetivos e Metas Nacionais em Saúde: O governo nacional deve definir objetivos e metas de saúde que orientem a política de saúde em todo o país. Isso pode incluir a redução de taxas de doenças específicas, aumento da cobertura de vacinação, melhoria do acesso aos cuidados de saúde, entre outros.

2 - Elaboração de Planos Estratégicos Nacionais de Saúde: Com base nos objetivos e metas estabelecidos, o governo nacional deve desenvolver planos estratégicos de saúde que detalhem as ações necessárias para alcançar esses objetivos. Isso pode envolver a alocação de recursos, a definição de prioridades e a identificação de indicadores de desempenho.

3 - Descentralização e Implementação Local: Uma vez estabelecidos os planos estratégicos nacionais, esses planos devem ser adaptados às realidades locais. As ULS e os municípios desempenham um papel fundamental nesse **processo, adaptando as estratégias nacionais às necessidades das populações locais.**

4 - Papel das ULS e dos Municípios: As ULS, juntamente com as autoridades municipais, são responsáveis por implementar programas de saúde locais, garantindo que as metas nacionais sejam alcançadas em nível regional e municipal.

Isso pode envolver a organização de serviços de saúde, a promoção de campanhas de saúde pública, a gestão de recursos humanos e financeiros e a recolha de dados de saúde locais.

5 - Monitorização e Avaliação: Os SLSP desempenham um papel crítico na monitorização e avaliação da saúde da população local. Eles recolhem e analisam dados epidemiológicos, identificam tendências de doenças e contribuem para a tomada de decisões baseadas em evidências. Os SLSP também podem colaborar na elaboração de relatórios de progresso em relação aos objetivos e metas estabelecidos no nível nacional.

6 - Comunicação e Coordenação: A comunicação eficaz entre os níveis nacional, local e municipal é fundamental para garantir que todos estejam alinhados com os objetivos de saúde. Reuniões regulares, relatórios e troca de informações são essenciais.

7 - Aprendizagem e Melhoria Contínua: É importante que todas as partes envolvidas no processo estejam abertas à aprendizagem e à melhoria contínua. Isso inclui a adaptação de estratégias à medida que novos dados e desafios surgem.

Em resumo, a inter-relação desses âmbitos exige uma abordagem colaborativa e coordenada entre o governo nacional, as ULS, os municípios e os SLSP. O objetivo final é melhorar a saúde da população, garantindo que as políticas e ações de saúde sejam orientadas para resultados e adaptadas às necessidades específicas de cada região.

ChatGPT

Pergunta 5 – Rede de Vigilância Epidemiológica

– Como conceber e implementar uma rede integrada de observatórios de saúde – intersectorial e participada que permita concretizar um enlace eficaz “central-local” na prossecução dos desígnios e objetivos da equidade em saúde, entre comunidades, regiões e, também, dentro de cada comunidade e cidade?

Resposta obtida

A conceção e implementação de uma rede integrada de observatórios de saúde intersectoriais e participados é um processo complexo que requer um planeamento cuidadoso e coordenação entre várias partes interessadas. Aqui estão as etapas e considerações-chave para criar uma rede desse tipo para promover a equidade em saúde em diferentes níveis (central-local e dentro das comunidades):

1. Avaliação das Necessidades e Definição de Objetivos: Inicie o processo avaliando as necessidades específicas da população-alvo e identificando as disparidades em saúde existentes. Defina claramente os objetivos da rede, destacando a equidade em saúde como uma prioridade.

2. Participação de Partes Interessadas: Envolver todas as partes interessadas relevantes é crucial. Isso inclui representantes de diferentes níveis governamentais (central, regional, municipal), profissionais de saúde, académicos, comunidades locais e grupos da sociedade civil. Realize reuniões de consulta e workshops para obter feedback e apoio.

3. Estrutura Organizacional: Determine a estrutura da rede, incluindo a sua governança e liderança. Pode criar um órgão central que coordene a rede e observatórios locais ou regionais que se concentrem nas necessidades específicas das comunidades.

4. Desenvolvimento de Indicadores de Saúde: Trabalhe na identificação e desenvolvimento de indicadores de saúde relevantes que possam medir o progresso em direção à equidade em saúde. Esses indicadores devem ser mensuráveis e alinhados com os objetivos estabelecidos.

5. Recolha de Dados e Monitorização: Crie mecanismos eficazes para recolher, analisar e partilhar dados de saúde em tempo real. Os observatórios locais podem desempenhar um papel fundamental na recolha de dados específicos das suas áreas.

6. Comunicação e Partilha de Conhecimento: Estabeleça canais eficazes de comunicação e partilha de conhecimento entre os observatórios locais e a coordenação central. Isso promoverá a troca de informações e melhores práticas.

7. Promoção da Participação Comunitária: Garanta que as comunidades locais sejam ativamente envolvidas na recolha de dados, definição de prioridades e tomada de decisões. Isso pode ser feito por meio de grupos de trabalho locais, reuniões comunitárias e outras formas de participação.

8. Integração Intersectorial: Promova a colaboração entre diferentes setores, além da saúde, como educação, habitação, emprego e transporte. Isso abordará determinantes sociais da saúde que contribuem para a equidade.

9. Avaliação Regular e Ajustes: Realize avaliações periódicas para medir o progresso em direção aos objetivos da equidade em saúde. Esteja disposto a fazer ajustes à medida que novas informações e desafios surgirem.

10. Advocacia e Divulgação: Promova a consciencialização sobre a importância da equidade em saúde e os esforços da rede por meio de campanhas de advocacia e divulgação. Isso pode mobilizar apoio político e público.

11. Financiamento Adequado: Garanta que a rede tenha recursos financeiros adequados para funcionar eficazmente. Isso pode envolver alocação de orçamento público ou financiamento externo.

A criação de uma rede integrada de observatórios de saúde é um compromisso de longo prazo que requer colaboração e esforço contínuos. No entanto, quando implementada com sucesso, essa rede pode desempenhar um papel fundamental na promoção da equidade em saúde, permitindo um enlace eficaz entre comunidades, regiões e dentro de cada comunidade e cidade.

ChatGPT

Pergunta 6 – Sistema de informação de saúde populacional e equidade

- Como melhorar e “automatizar” procedimentos e práticas de vigilância epidemiológica de: desigualdades em saúde; determinantes; doenças transmissíveis e não transmissíveis; incapacidades; dependência e qualidade de vida e bem-estar relacionados com a saúde?

Resposta obtida

Melhorar e automatizar procedimentos e práticas de vigilância epidemiológica em diversas áreas da saúde, incluindo desigualdades em saúde, determinantes, doenças transmissíveis e não transmissíveis, incapacidades, dependência, qualidade de vida e bem-estar relacionados com a saúde, requer uma abordagem multifacetada e o uso de tecnologia apropriada. Aqui estão algumas sugestões para melhorar e automatizar esses processos:

- 1 - Recolha de Dados Automatizada:** Implemente sistemas de recolha de dados automatizados, como registos eletrónicos de saúde, para facilitar a recolha de informações de pacientes e populações, em tempo real.
- 2 - Análise de Dados Avançada:** Utilize ferramentas de análise de dados avançadas e inteligência artificial, para identificar tendências, padrões e desigualdades em saúde com mais precisão.
- 3 - Visualização de Dados Interativa:** Desenvolva painéis interativos de visualização de dados que permitam aos profissionais de saúde e autoridades analisar e compreender melhor os dados epidemiológicos.
- 4 - Integração de Dados:** Integre dados de diferentes fontes, como registos médicos, dados de seguros de saúde, dados demográficos e informações sociais, para obter uma imagem mais completa dos determinantes da saúde e das desigualdades.
- 5 - Monitorização em Tempo Real:** Estabeleça sistemas de monitorização em tempo real para identificar surtos de doenças transmissíveis e não transmissíveis, permitindo uma resposta mais rápida.
- 6 - Acessibilidade de Dados:** Garanta que os dados de saúde sejam acessíveis a investigadores, profissionais de saúde e ao público em geral por meio de plataformas online seguras.
- 7 - Avaliação de Programas de Saúde:** Automatize a avaliação de programas de saúde para medir seu impacto nas desigualdades em saúde, na qualidade de vida e no bem-estar.
- 8 - Uso de Dispositivos de Saúde Conectados:** Promova o uso de dispositivos de saúde conectados, como *wearables* e aplicativos de monitorização de saúde, para recolher dados em tempo real sobre as condições de saúde das pessoas.
- 9 - Alertas e Notificações Automatizadas:** Configure sistemas de alerta e notificação automatizadas para alertar os profissionais de saúde sobre mudanças significativas nos indicadores epidemiológicos.
- 10 - Capacitação e Educação em Tecnologia:** Treine profissionais de saúde na utilização de ferramentas e tecnologias de vigilância epidemiológica, garantindo que estejam preparados para interpretar e usar os dados de maneira eficaz.
- 11 - Privacidade e Segurança de Dados:** Priorize a segurança e a privacidade dos dados, implementando medidas rigorosas para proteger as informações de saúde sensíveis.
- 12 - Parcerias Multissetoriais:** Colabore com outras instituições e setores, como educação, habitação e emprego, para abordar os determinantes sociais da saúde de forma abrangente.
- 13 - Feedback Contínuo:** Estabeleça um ciclo de feedback contínuo para aprimorar os sistemas de vigilância epidemiológica com base nas lições aprendidas e nas mudanças nas condições de saúde.

A automação e a melhoria da vigilância epidemiológica são essenciais para garantir uma resposta mais eficaz aos desafios de saúde pública, incluindo a monitorização de desigualdades em saúde e determinantes sociais. Além disso, a integração de tecnologia

pode fornecer informações valiosas para a formulação de políticas de saúde mais eficazes e a promoção do bem-estar da população.

ChatGPT

Pergunta 7 – Métricas relevantes e exequíveis

– Qual a métrica / indicadores-chave para monitorizar, aferir e avaliar de modo expedito e sistematizado, se possível automaticamente, o desempenho dos Serviços Locais de Saúde Pública?

Resposta obtida

Para monitorizar, aferir e avaliar de forma expedita e sistematizada o desempenho dos Serviços Locais de Saúde Pública, é importante definir um conjunto de métricas e indicadores-chave. Estes indicadores devem ser mensuráveis, relevantes, específicos e, se possível, automatizáveis para permitir uma avaliação eficaz. Aqui estão algumas métricas e indicadores-chave que podem ser considerados:

1 - Taxa de Notificação de Doenças: A taxa de notificação de doenças notificáveis, como doenças transmissíveis, pode ser um indicador-chave do desempenho do serviço de epidemiologia local. A automação pode ajudar a recolher e processar esses dados de forma eficiente.

2 - Tempo de Resposta a Surto: O tempo que o serviço de saúde pública demora a responder a surtos de doenças pode ser uma métrica crítica. A automação pode ser usada para rastrear o tempo de resposta desde a deteção até a implementação das medidas de controle.

3 - Cobertura de Imunização: A cobertura de imunização de uma área é um indicador importante da eficácia das campanhas de vacinação. A automação pode ajudar a rastrear a administração de vacinas e a identificação de lacunas na cobertura.

4 - Precisão e Rapidez de Relatórios: O tempo que leva para os Serviços Locais de Saúde Pública relatarem dados epidemiológicos e a precisão desses relatórios podem ser indicadores de desempenho. A automação pode melhorar a velocidade e a precisão da geração de relatórios.

5 - Monitorização de Determinantes Sociais da Saúde: Métricas relacionadas à monitorização dos determinantes sociais da saúde, como acesso à habitação, educação e emprego, podem ajudar a avaliar o comprometimento do serviço com abordagens abrangentes de saúde pública.

6 - Avaliação da Comunicação de Risco: Avaliar a eficácia da comunicação de risco em situações de emergência ou surtos é fundamental. Isso pode incluir a avaliação da clareza das mensagens, o alcance das campanhas e a resposta da comunidade.

7 - Avaliação da Capacidade de Vigilância: Avaliar a capacidade de vigilância do serviço local, incluindo a identificação de casos, rastreio de contatos e recolha de dados, pode ser um indicador-chave.

8 - Satisfação do Cliente: A satisfação dos pacientes e da comunidade com os serviços de saúde pública pode ser avaliada por meio de pesquisas e feedbacks automatizados.

9 - Uso de Tecnologia e Automação: A adoção e o uso efetivo de tecnologia e automação pelos serviços de saúde pública podem ser indicativos da sua eficiência e capacidade de resposta.

10 - Taxa de Vacinação Contra a Gripe: A taxa de vacinação contra a gripe sazonal pode ser um indicador da capacidade do serviço de promover medidas preventivas.

11 - Avaliação de Recursos Humanos e capacitação: Avaliar a capacitação e a qualificação da equipa de saúde pública pode ser crucial para o desempenho eficaz.

12 - Custos Operacionais: Avaliar os custos operacionais em relação aos resultados alcançados pode fornecer informações sobre a eficiência financeira.

A automação pode ser aplicada em várias dessas métricas, especialmente na recolha e análise de dados. A implementação de sistemas de informação de saúde robustos e a integração de tecnologias avançadas podem ajudar a tornar a monitorização e a avaliação do desempenho mais eficazes e expeditos. Além disso, a definição de metas específicas para cada métrica e a criação de um sistema de avaliação contínua são essenciais para melhorar constantemente o desempenho dos Serviços Locais de Saúde Pública.

ChatGPT

Pergunta 8 - Contratualização

– Qual a função da contratualização enquanto meio/estratégia catalisadora e responsabilizadora para uma melhoria contínua de desempenho e resultados dos Serviços Locais de Saúde Pública?

Resposta

A contratualização é uma estratégia amplamente utilizada no setor de saúde para promover a melhoria contínua de desempenho e resultados nos serviços de saúde, incluindo os Serviços Locais de Saúde Pública. A sua principal função é estabelecer acordos formais entre os prestadores de serviços de saúde e as autoridades de saúde, com base em metas e indicadores específicos, criando um mecanismo de responsabilização que impulsiona o aprimoramento do sistema de saúde. Aqui estão algumas das funções da contratualização nesse contexto:

1 - Definição de Objetivos Claros: A contratualização permite que as autoridades de saúde definam metas e objetivos claros para os serviços locais de Saúde Pública. Essas metas podem estar relacionadas à deteção de doenças, resposta a surtos, promoção de saúde, entre outros. Isso ajuda a estabelecer expectativas claras de desempenho.

2 - Responsabilização: Ao formalizar acordos contratuais com metas e indicadores de desempenho, os serviços de saúde são responsabilizados por alcançar esses resultados. Isso

cria uma cultura de responsabilidade e incentiva os prestadores de serviços a cumprir os seus compromissos.

3 - Transparência e Monitorização: A contratualização promove a transparência, uma vez que os acordos e resultados são geralmente públicos. Isso permite que as partes interessadas, incluindo a comunidade, monitorizem o desempenho dos serviços de saúde pública e deem o seu feedback.

4 - Avaliação de Desempenho: A contratualização envolve avaliações regulares do desempenho dos serviços locais de Saúde Pública em relação às metas estabelecidas. Essas avaliações identificam pontos fortes e áreas de melhoria.

5 - Melhoria Contínua: Com base nas avaliações de desempenho, os serviços de saúde pública podem desenvolver planos de ação para melhorar seu desempenho e alcançar metas mais ambiciosas. A contratualização fornece um incentivo financeiro e organizacional para essa melhoria contínua.

6 - Alocação Eficiente de Recursos: Os contratos incluem muitas vezes acordos sobre recursos financeiros e humanos. Isso permite que os serviços de Saúde Pública aloquem recursos de forma mais eficiente, direcionando-os para as áreas onde são mais necessários para atingir as metas.

7 - Incentivo à Inovação: A contratualização pode incluir incentivos para a adoção de práticas inovadoras e baseadas em evidências na área de epidemiologia e saúde pública.

8 - Foco no Paciente e na Comunidade: Ao estabelecer metas de desempenho, a contratualização pode incentivar os serviços de saúde a se concentrarem nas necessidades e expectativas dos pacientes e da comunidade, melhorando assim a prestação de serviços.

9 - Aumento da Eficiência: A responsabilização por resultados e a monitorização contínua incentivam os serviços de Saúde Pública a encontrar maneiras mais eficientes de realizar as suas atividades.

Em resumo, a contratualização é uma estratégia que desempenha um papel fundamental na melhoria contínua do desempenho e resultados dos serviços locais de Saúde Pública. Ao estabelecer metas claras, responsabilizar os prestadores de serviços e promover a transparência, a contratualização ajuda a impulsionar a qualidade dos serviços de Saúde Pública e a melhorar a saúde da comunidade.

ChatGPT

Pergunta 9 – Formação sobre governação e liderança em saúde

– Como desenvolver continuamente competências gerais e específicas de governação e liderança colaborativa em saúde populacional nas equipas locais de Saúde Pública?

Resposta obtida

O desenvolvimento contínuo de competências gerais e específicas de governação e liderança colaborativa em saúde populacional nas equipas dos serviços locais de Saúde Pública é fundamental para aprimorar a eficácia desses serviços. Aqui estão algumas estratégias para promover o desenvolvimento contínuo de competências nessa área:

- 1. Educação e Formação Continuada:** Ofereça programas de educação e formação continuada que abordem temas relevantes de governação, liderança colaborativa e saúde populacional. Isso pode incluir cursos, workshops, seminários e webinars.
- 2. Desenvolvimento de Liderança:** Identifique e promova líderes dentro da equipa que demonstrem habilidades de liderança colaborativa. Promova formação e mentorias específicas para esses líderes.
- 3. Aprendizagem Colaborativa:** Promova uma cultura de aprendizagem colaborativa, onde os membros da equipa possam partilhar conhecimentos e experiências. Isso pode ser feito por meio de grupos de discussão, reuniões de equipa e comunidades de prática.
- 4. Projetos Colaborativos:** Envolver a equipa em projetos colaborativos que abordem desafios de saúde populacional. Esses projetos podem ser oportunidades de aprendizagem prática e aplicação de competências de liderança.
- 5. Coaching e Mentoria:** Ofereça oportunidades de coaching e mentoria para membros da equipa que desejem desenvolver habilidades de liderança. Isso pode envolver a colaboração com líderes experientes ou consultores externos.
- 6. Avaliação de Competências:** Realize avaliações regulares das competências da equipa em governação e liderança colaborativa. Identifique áreas de melhoria e desenvolva planos de ação personalizados.
- 7. Formação em Comunicação:** A comunicação eficaz é essencial para a liderança colaborativa. Ofereça formação em habilidades de comunicação, incluindo comunicação interprofissional e comunicação com a comunidade.
- 8. Desenvolvimento de Competências em Tomada de Decisão:** Ensine a equipe a tomar decisões informadas com base em evidências e a considerar múltiplos pontos de vista. Isso é crucial para a governação eficaz.
- 9. Atualização sobre Políticas e Regulamentações:** Mantenha a equipa atualizada sobre as políticas de saúde, regulamentações e diretrizes relevantes que afetam a saúde populacional. Isso ajudará a orientar as decisões e ações.

10. Desenvolvimento de Habilidades de Resolução de Conflitos: Capacite a equipa com habilidades de resolução de conflitos para lidar com desafios interpessoais de forma construtiva.

11. Avaliação de Resultados: Avalie regularmente o impacto das competências de governação e liderança colaborativa no desempenho dos serviços locais de Saúde Pública. Isso pode ser feito através de indicadores de desempenho e feedback da comunidade.

12. Benchmarking: Compare o desempenho e as práticas dos serviços locais com outras regiões ou organizações líderes em saúde pública para identificar áreas de melhoria.

É importante que o desenvolvimento de competências seja um processo contínuo e integrado à cultura organizacional. Além disso, o apoio da alta administração e a promoção de uma cultura de liderança colaborativa são fundamentais para o sucesso dessa iniciativa. A aprendizagem e a melhoria contínua são essenciais para enfrentar os desafios em constante evolução na área de saúde pública e para garantir a prestação eficaz de serviços à comunidade.

ChatGPT

Pergunta 10 – Promoção da participação e da capacitação social em saúde

– Como podem os Serviços Locais de Saúde Pública contribuir para promover a participação social, a literacia em saúde e a capacitação das pessoas e da comunidade em saúde?

Resposta obtida

Os serviços locais de Saúde Pública desempenham um papel crucial na promoção da participação social, literacia em saúde e capacitação das pessoas e comunidades em saúde. Aqui estão algumas estratégias pelas quais esses serviços podem contribuir para alcançar esses objetivos:

1 - Comunicação e Educação em Saúde: Desenvolver campanhas de comunicação e programas de educação em saúde que sejam culturalmente sensíveis e adaptados às necessidades da comunidade. Essas iniciativas devem fornecer informações claras e acessíveis sobre questões de saúde pública.

2 - Participação da Comunidade: Estabelecer mecanismos formais para envolver a comunidade na tomada de decisões relacionadas à saúde pública. Isso pode incluir grupos de consulta comunitária, conselhos de saúde ou fóruns públicos.

3 - Participação em Programas de Literacia em Saúde: Colaborar com escolas, organizações da sociedade civil e bibliotecas para apoiar programas de literacia em saúde que promovam a compreensão de informações de saúde e a capacidade de tomar decisões informadas.

4 - Formação em Saúde: Oferecer programas de formação em literacia em saúde para profissionais de saúde, educadores e líderes comunitários, para que estes possam comunicar informações de saúde de maneira mais eficaz.

5 - Desenvolvimento de Materiais Educacionais: Criar materiais educacionais acessíveis e compreensíveis, como panfletos, vídeos e recursos online, que abordem tópicos relevantes para a saúde pública.

6 - Programas de Capacitação Comunitária: Oferecer programas de capacitação comunitária que ensinem habilidades de autogestão da saúde, como prevenção de doenças, alimentação saudável e autocuidado.

7 - Apoio a Grupos de Apoio e Autoajuda: Facilitar a formação de grupos de apoio e autoajuda para pessoas com condições específicas de saúde, fornecendo informações, recursos e suporte emocional.

8 - Colaboração com Organizações da Comunidade: Estabelecer parcerias com organizações comunitárias locais que já tenham experiência em envolver e capacitar a comunidade em questões de saúde.

9 - Acesso a Dados de Saúde: Disponibilizar dados de saúde relevantes para a comunidade, de forma acessível e compreensível, para que as pessoas possam compreender melhor os desafios de saúde da sua região.

10 - Eventos de Saúde Comunitária: Organizar eventos de saúde comunitária, como feiras de saúde e rastreios de saúde, onde as pessoas possam receber informações, exames de saúde e serviços relacionados à saúde.

11 - Monitorização da Saúde Comunitária: Envolver a comunidade na recolha de dados de saúde, como investigação de saúde comunitária, para que possam participar ativamente na identificação de problemas de saúde e na formulação de soluções.

12 - Promoção da Advocacia em Saúde: Capacitar a comunidade para se envolver em atividades de advocacia em saúde, defendendo políticas e práticas que promovam a saúde e o bem-estar da comunidade.

13 - Acesso à Informação de Saúde Online: Criar e manter recursos online, como sites e redes sociais, que disponibilizem informações de saúde confiáveis e oportunidades para a comunidade se envolver e fazer perguntas.

Ao adotar essas estratégias, os Serviços Locais de Saúde Pública podem desempenhar um papel vital na capacitação das pessoas e comunidades em saúde, na promoção da literacia em saúde e na facilitação da participação ativa da comunidade na melhoria da saúde pública. Isso não só aumenta o conhecimento e a conscientização da comunidade, mas também fortalece o envolvimento e a responsabilidade com relação às questões de saúde locais.

ChatGPT

Pergunta 11 – Sistemas de apoio à decisão

– *Quais os requisitos essenciais para um subsistema de informação em saúde populacional/Saúde Pública inserido num sistema integrado de informação em saúde?*

Resposta obtida

Para um subsistema de informação em saúde populacional/Saúde Pública inserido num sistema integrado de informação em saúde, é fundamental atender a requisitos essenciais para garantir a sua eficiência, eficácia e utilidade na promoção da saúde pública e na melhoria dos serviços de saúde. Abaixo, descrevo os requisitos essenciais:

1 - Padronização de Dados e Terminologia: Os dados recolhidos devem seguir padrões de codificação e terminologia reconhecidos internacionalmente, como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Isso facilita a interoperabilidade e a compreensão dos dados.

2 - Interoperabilidade: O subsistema deve ser capaz de se integrar de forma eficaz com outros sistemas de informação em saúde, permitindo a troca de informações de maneira contínua e segura.

3 - Recolha de Dados Abrangente: Deve ser capaz de recolher uma ampla gama de dados relevantes para a saúde pública, incluindo dados demográficos, epidemiológicos, de determinantes sociais, de saúde ambiental e outros.

4 - Acessibilidade e Usabilidade: O sistema deve ser acessível a todos os profissionais de saúde e funcionários envolvidos na saúde pública, bem como ser fácil de usar, com interfaces amigáveis e intuitivas.

5 - Segurança de Dados: Deve garantir a segurança dos dados, com medidas rigorosas para proteger informações sensíveis de acessos não autorizados e violações de segurança.

6 - Privacidade e Consentimento: Deve cumprir regulamentações de privacidade de dados e exigir o consentimento adequado para a recolha e uso de informações pessoais.

7 - Armazenamento e Gestão de Dados Eficiente: Deve ser capaz de armazenar, gerir e recuperar dados de forma eficiente, garantindo a integridade e a disponibilidade dos dados quando necessário.

8 - Análise e Relatórios Avançados: Deve oferecer recursos avançados de análise de dados para identificar tendências, padrões, desigualdades em saúde e gerar relatórios úteis para tomadores de decisão.

9 - Capacidade de Integração de Fontes de Dados Diversificadas: Deve ser capaz de integrar dados de diversas fontes, como registos de pacientes, laboratórios, hospitais, clínicas, sistemas de saúde pública e outros.

10 - Auditoria e Registo de Alterações: Deve manter os registos de auditoria de todas as atividades de acesso e alterações de dados, garantindo transparência e responsabilização.

11 - Formação e Capacitação de Utilizadores Deve oferecer formação adequado aos utilizadores para garantir que saibam como usar o sistema de forma eficaz e segura.

12 - Manutenção e Atualização Constantes: Deve ser mantido e atualizado regularmente para acompanhar as mudanças nas necessidades de saúde pública e as melhores práticas em informática em saúde.

13 - Governança e Políticas Claras: Deve operar sob uma estrutura de governança clara, com políticas e procedimentos bem definidos para o uso e a divulgação de informações de saúde.

14 - Integração da Comunidade e Participação Social: Deve permitir a participação da comunidade na recolha de dados e no processo de decisão, quando apropriado, para garantir que as necessidades da comunidade sejam atendidas.

15 - Compatibilidade com Plataformas Móveis e Acesso Remoto: Deve ser compatível com dispositivos móveis e permitir o acesso remoto, facilitando a recolha de dados em campo e a monitorização em tempo real.

16 - Sistemas de Apoio à Decisão: Pode incluir sistemas de apoio à decisão que auxiliem os profissionais de saúde na tomada de decisões com base em evidências.

17 - Promoção da Transparência: Deve promover a transparência através do acesso público a informações de saúde, desde que isso não comprometa a privacidade dos indivíduos.

18 - Sistemas de Alerta e Notificação de Doenças: Deve incluir sistemas de alerta precoce e notificação de doenças para facilitar uma resposta rápida a surtos e emergências de saúde pública.

19 - Avaliação de Desempenho e Feedback: Deve permitir a avaliação do desempenho do sistema e a recolha de feedback dos usuários para melhorias contínuas.

20 - Sustentabilidade Financeira: Deve contar com recursos financeiros adequados para a sua operação e manutenção a longo prazo.

21 - Respeito da Ética e dos Valores em Saúde: Deve ser projetado e operado de acordo com princípios éticos e valores em saúde, como justiça, equidade e respeito pelos direitos dos pacientes.

Esses requisitos essenciais garantem que um subsistema de informação em saúde populacional/Saúde Pública seja eficaz, seguro, confiável e capaz de contribuir para a melhoria da saúde pública e dos serviços de saúde em geral. Além disso, promovem a colaboração entre as diversas partes interessadas envolvidas na Saúde Pública, incluindo profissionais de saúde, autoridades de saúde e a comunidade.

ChatGPT

Pergunta 12 – Autoridade de Saúde

– *Que inovações quanto a princípios, valores e linhas orientadoras gerais poderão contribuir para melhorar e modernizar o “edifício” institucional e o modelo de exercício das funções de Autoridade de Saúde nos vários níveis?*

Resposta obtida

A modernização e melhoria do "edifício" institucional e do modelo de exercício das funções de Autoridade de Saúde em vários níveis podem ser alcançadas por meio da adoção de inovações quanto a princípios, valores e linhas orientadoras gerais. Aqui estão algumas inovações que podem contribuir para esse objetivo:

1 - Abordagem Baseada em Evidências: Promover uma abordagem baseada em evidências para a tomada de decisões em saúde pública. Isso inclui a recolha, análise e uso de dados e evidências científicas sólidas para orientar as ações da Autoridade de Saúde.

2 - Transparência e Participação Pública: Fomentar a transparência e a participação pública em todas as fases do processo de tomada de decisões em saúde pública. Isso envolve a divulgação de informações, a realização de consultas públicas e o envolvimento da comunidade na definição de prioridades e estratégias de saúde.

3 - Colaboração Multissetorial: Promover parcerias e colaboração entre diversos setores, incluindo saúde, educação, habitação, meio ambiente e outros, reconhecendo a influência dos determinantes sociais da saúde.

4 - Abordagem de Saúde Populacional: Adotar uma abordagem centrada na saúde populacional, que se concentra não apenas no tratamento de doenças, mas também na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na melhoria das condições de vida.

5 - Adaptação às Mudanças Climáticas e Saúde Ambiental: Integrar considerações de saúde ambiental e mudanças climáticas nas estratégias de saúde pública, reconhecendo os impactos crescentes dessas questões na saúde da população.

6 - Tecnologia e Inovação: Utilizar avanços tecnológicos, como a análise de *big data*, inteligência artificial e telemedicina, para melhorar a eficiência na recolha de dados, monitorização de surtos, rastreio de contatos e tomada de decisões informadas.

7 - Equidade em Saúde: Colocar a equidade em saúde no centro das políticas e ações de saúde pública, buscando reduzir as disparidades de saúde entre diferentes grupos populacionais.

8 - Flexibilidade e Resiliência: Desenvolver sistemas de saúde pública que sejam flexíveis e resilientes para se adaptar rapidamente a novos desafios, como pandemias, surtos de doenças infecciosas e desastres naturais.

9 - Avaliação de Impacto: Realizar avaliações de impacto regulares das intervenções em saúde pública para garantir que as ações implementadas sejam eficazes e eficientes.

10 - Promoção da Saúde Mental: Reconhecer a importância da saúde mental e bem-estar e integrar estratégias de promoção da saúde mental em todas as políticas e programas de saúde pública.

11 - Capacitação e Desenvolvimento de Liderança: Investir na capacitação de líderes em saúde pública, equipando-os com as habilidades necessárias para enfrentar desafios complexos e dinâmicos na área de saúde.

12 - Abordagem Multinível: Adotar uma abordagem multinível que leve em consideração as dinâmicas locais, regionais e nacionais na formulação e implementação de políticas de saúde.

13 - Monitorização da Qualidade dos Serviços de Saúde: Implementar sistemas eficazes de monitorização da qualidade dos serviços de saúde, garantindo que os serviços oferecidos atendam aos mais altos padrões de qualidade.

14 - Respeito aos Direitos Humanos: Garantir que todas as ações de saúde pública respeitem os direitos humanos, incluindo o direito à privacidade, à não discriminação e à dignidade.

15 - Aprendizagem Contínua e Avaliação de Desempenho: Estabelecer uma cultura de aprendizagem contínua e avaliação de desempenho para identificar áreas de melhoria e inovação na saúde pública.

Essas inovações podem contribuir significativamente para a modernização e aprimoramento do "edifício" institucional e do modelo de exercício das funções de Autoridade de Saúde em todos os níveis. A combinação dessas abordagens pode ajudar a enfrentar os desafios complexos e emergentes que afetam a saúde da população de forma mais eficaz e eficiente.

ChatGPT