

## ANEXO A

### RELATÓRIO FINAL

O objetivo deste processo foi a obtenção de consenso relativamente a um conjunto de teses delineadas com o propósito de contribuir para a transformação do SNS.

Envolveu a aplicação de dois questionários praticamente iguais a uma amostra de convidados. A primeira ronda decorreu de 8 a 19 de setembro de 2022 e obteve 97 respostas das quais 64 válidas. A segunda ronda decorreu de 23 de setembro a 4 de outubro de 2022. Teve a participação de 88 respondentes, com 76 respostas válidas.

O questionário aplicado era anónimo, o que impediu detetar mudança nas respostas em cada respondente. Após uma parte introdutória, continha 14 perguntas sem qualquer questão associada a características sociodemográficas. Cada pergunta era composta por um texto inicial e um pedido de nível de concordância, numa escala fechada de ‘discordo muito’ a ‘concordo muito’, seguidos de um espaço para comentário em texto livre.

Apresenta-se, de seguida, cada uma destas perguntas:

- **O QUE MUDOU** - O que é que mudou nos sistemas de saúde, nas últimas décadas?

Estes são alguns dos aspetos apresentados:

Envelhecimento da população...

Sociedade do conhecimento ...

Tecnologia biomédica ...

Cultura: “as pessoas querem outras coisas” ....

Complexidade – extensão do setor social e privado ....

Controlo financeiro – maior e mais centralizado ...

- **TESE 1** - TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE, NUM MUNDO EM MUDANÇA

*Num mundo em mudança, com crises múltiplas, local e globalmente, aprender a superar inércias e resistências às transformações necessárias para responder aos desafios dos nossos dias constitui imperativo ético que a todos obriga. A gestão da mudança nos sistemas de proteção social dispõe já de uma base considerável de conhecimentos à qual não podemos ficar indiferentes: necessitamos de adotar metas claras para o desenvolvimento humano e para o bem-estar. A sustentabilidade das condições de vida das gerações futuras depende da capacidade para gerir hoje as transformações necessárias.*

▪ **TESE 2 - DESAFIOS DA SAÚDE NO NOSSO TEMPO – PERCURSOS DE VIDA, ENVELHECIMENTO, RELAÇÕES INTERGERAÇÕES E SAÚDE MENTAL**

*É necessário proteger e promover a saúde ao longo da vida e atender às dinâmicas cumulativas que dele resultam. O processo de envelhecimento, as dependências e fragilidades com ele associadas, tanto físicas como mentais, requerem novas respostas que integrem as abordagens sectorizadas e isoladas que conhecemos. Ao mesmo tempo, é indispensável harmonizar as necessidades, as expectativas e as aspirações das várias gerações. A saúde mental, enquanto problema de saúde pública, diz respeito a todos, além dos doentes, dos seus familiares e cuidadores e dos próprios profissionais.*

▪ **TESE 3 - SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE PÓS-PANDEMIA**

*Aprendemos que urge atualizar e aprofundar o planeamento estratégico em saúde e as modalidades de aconselhamento científico que as decisões políticas requerem. Reconhecer a importância e especificidades de uma “saúde pública local”, as especificidades sazonais, a comunicação de risco, os comportamentos informados e colaborativos, a gestão da transmissão da doença e o reequipamento das unidades de saúde pública, têm um papel fundamental.*

▪ **TESE 4 - CENTRALIDADE DO CIDADÃO**

*Diz respeito ao modelo de cuidados centrados na pessoa e à designada “medicina de precisão”, mas vai muito para além disso. Tem também a ver com o ponto de vista das pessoas em todo o processo de cuidados e com o nível de literacia necessário para tomarem decisões inteligentes sobre a saúde, no seu dia-a-dia. Relaciona-se também com a propriedade, organização e integração da informação de saúde de cada um – “não me toquem sem terem acesso a toda a minha informação de saúde relevante”! É também importante assegurar que toda a prescrição e intervenção médica tenha em conta a forma como ela pode interferir com a vida e a segurança das pessoas.*

▪ **TESE 5 - MUDANÇAS ADAPTATIVAS DE PROXIMIDADE, LIDERANÇAS LOCAIS E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

*É necessária uma gestão descentralizada de proximidade, com adequada autonomia. É aí que as mudanças se fazem, de forma adaptativa, de acordo com as circunstâncias locais, através de lideranças empreendedoras, que assumem responsabilmente a autonomia de*

*decisão face ao enquadramento proposto para a gestão da mudança. Esta descentralização terá que associar-se a uma efetiva integração de cuidados – gerir o percurso das pessoas através dos cuidados e serviços de que necessita para conseguir bons resultados. Para que isso aconteça é necessário um alinhamento da gestão dos recursos disponíveis com as mudanças de proximidade e a promoção contínua de modelos organizacionais “amigos da mudança”.*

▪ **TESE 6 - O FUTURO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE**

*Um fator crítico na atração e retenção dos profissionais no SNS é a confiança destes no futuro deste Serviço e na capacidade de lhes proporcionar carreiras profissionais aliciantes e motivadoras. Uma política para as profissões requer um planeamento intersectorial do curto ao longo prazo. Terá em conta retribuições, condições de trabalho (ambiente, participação, liderança, dinâmicas de desenvolvimento) e também a diversidade de regimes e horários de trabalho a que se pode aspirar. Contará também com processos eficazes de detetar situações de insatisfação e sofrimento profissional e de responder a tempo para as corrigir.*

▪ **TESE 7 - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NOS PROCESSOS DA MUDANÇA**

*Três aspetos devem merecer especial atenção: a inclusão digital das pessoas, que permita ajudar a superar desigualdades patentes no acesso à informação e aos cuidados de saúde à distância; rigoroso respeito e defesa dos direitos e princípios digitais, designadamente a respetiva carta europeia (2022); estabelecer estratégia clara de incorporação tecnológica para o SNS e para o conjunto do país, relativamente às tecnologias de saúde, de diagnóstico, tratamento e reabilitação.*

▪ **TESE 8 - INVESTIR EM SAÚDE**

*Para investir em saúde é necessário ir para além das lógicas orçamentais apenas centradas na criação de riqueza bruta, independentemente da sua qualidade e das desigualdades subjacentes. Como já começa a ser ensaiado noutros países é preciso começar a financiar metas de bem-estar para a nossa população – com objetivos concretos a curto e médio prazo. Isso requer uma outra abordagem na preparação do Orçamento do Estado e esta é altura para se começar, progressivamente, a fazê-lo bem.*

▪ **TESE 9 - GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO, INTELIGÊNCIA DISTRIBUÍDA E COLABORATIVA**

*Novos sistemas de informação centrados nas pessoas, digitalizados, são instrumentais para uma gestão da mudança baseada no conhecimento. Trata-se de reconhecer a existência de uma inteligência distribuída, face aos hábitos da inteligência hierárquica. Há nos sistemas de saúde múltiplas fontes de iniciativa que interagem entre si e que devem ser enquadradas e direcionadas por políticas públicas explícitas. Estas ajudarão a fazer a transição da inteligência distribuída para a inteligência colaborativa.*

▪ **TESE 10 - NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO E GOVERNANÇA**

*Há que superar os modelos de governação tradicionais, com respostas desarticuladas, fragmentadas e setoriais, e adotar abordagens sistémicas, próprias dos sistemas complexos e interativos como o da saúde. Para tal é necessário: identificar claramente o locus e os processos de análise, planeamento e direção estratégica; incluir uma estratégia de cooperação plurianual com o setor privado e social, enquadrada por um plano de investimento no SNS, de curto, médio e longo prazo. A qualidade do Estado é um fator crítico para o SNS. Este, deve ser a “joia da coroa” de um Estado inteligente.*

▪ **GOVERNAÇÃO DA SAÚDE - O mundo e os sistemas de saúde mudaram muito nas últimas décadas, mas o modelo de governação da saúde não mudou – terá que mudar também.**

*Necessitamos de um novo modelo de governação da saúde. Estes são alguns dos aspetos de um novo modelo de governação:*

*Centralidade das pessoas*

*Gestão da informação e do conhecimento*

*Abordagem sistémica própria da complexidade*

*Plano de investimento plurianual para o SNS*

*Estratégia plurianual de cooperação com o sector público e privado*

*Dispositivo de análise, planeamento e direção estratégica*

*Qualidade do discurso e os intangíveis da mudança: mobilização, confiança mútua e sentido de pertença*

*Qualidade do Estado – do Estado “marreta” ao Estado “inteligente”*

▪ **ESTATUTO DO SNS**

*Recentemente foi publicado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde [Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto]. É de facto importante completar o processo legislativo iniciado pela aprovação da nova Leis de Bases da Saúde.*

*No entanto, quando António Arnaut e João Semedo chamaram a atenção para a necessidade de “Salvar o SNS” não tinham, possivelmente, em mente um longo processo normativo, mas antes uma ação transformadora urgente.*

▪ **ESTADOS GERAIS DO SNS** - Proposta de organização dos Estados Gerais para a Transformação do SNS

O principal objetivo dos “Estados Gerais para a transformação do SNS” é o de mobilizar atores sociais relevantes e, através deles, o país, para a necessidade urgente de transformar o SNS. A “Conferência de Consenso” de 8 de outubro de 2022 destina-se a preparar o lançamento dos Estados Gerais. Estes terão a duração de um ano (podendo prolongar-se, se considerado necessários).

Os Estados Gerais realizam-se através de um conjunto de conferências regionais em Lisboa, Porto, Coimbra, Braga, etc. Cada conferência terá duas partes: na primeira parte será discutida a necessidade urgente de transformar o SNS; na segunda parte serão analisadas as experiências locais necessárias, (em curso ou não) no âmbito dessa transformação (a partir de um tópico selecionado para o efeito, diferente de região para região).

As conclusões das conferências regionais serão amplamente divulgadas.

No apêndice 1 deste Relatório estão apresentados os resultados numéricos dos níveis de concordância obtidos em ambas as rondas e, no Apêndice 2 os comentários tal como foram escritos pelos respondentes. A análise e sistematização desses comentários foi resumida e está apresentada nas páginas que se seguem.

## RESUMO DA ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO DOS COMENTÁRIOS

- **TESE 1 - TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE, NUM MUNDO EM MUDANÇA**
  - Visão mais *holística* da saúde: saúde → saúde + bem-estar.
  - *Roturas nos modos de ver* - determinantes da saúde e horizontes a alcançar;
  - *Roturas nos modos de pensar* - mais abrangentes e integradores;
  - *Roturas nos modos de decidir* – sistema de decisão mais distribuído e equilibrado, com autonomia e responsabilidade (central-local), enquadrado pelas regras da *subsidiariedade*;
  - *Roturas na gestão da mudança* - especial atenção ao nível local.
  - *Estruturas de participação* dos profissionais e dos cidadãos/comunidades.
  - *Prioridades* precisas de investimento e de desenvolvimento - recursos vs. necessidades.
  - *Soberania* quanto às decisões das pessoas sobre a sua saúde pessoal, bem como a *propriedade* e o *controlo dos dados e da informação* sobre a sua saúde.
  
- **TESE 2 - DESAFIOS DA SAÚDE NO NOSSO TEMPO – PERCURSOS DE VIDA, ENVELHECIMENTO, RELAÇÕES INTERGERAÇÕES E SAÚDE MENTAL**
  - *Relação intergeracional na saúde.*
  - *Tese focada no envelhecimento.*
  - *A saúde mental pertence a todos, é transversal a todos os níveis de cuidados e a áreas de intervenção.*
  - *Circunstâncias socioeconómicas das pessoas e grupos populacionais.*
  - *Referência aos estilos de vida ao longo da vida.*
  - *Acréscencia a necessidade do trabalho de proximidade e em rede com outras estruturas da comunidade.*
  - *Maior articulação com a segurança social e maior envolvimento dos municípios.*
  
- **TESE 3 - SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE PÓS-PANDEMIA**
  - *Melhor articulação com setor social e saúde.*
  - *Entender os impactos da pandemia na utilização e acesso a cuidados de saúde e que políticas podem ser iniciadas para recuperar os atrasos com equidade.*
  - *O contexto de pandemia revelou algum grau de ineficácia dos sistemas sociais e de saúde, com muitas entidades a encerrarem e atrasos nas consultas e cirurgias.*
  - *Os cuidadores informais assumiram muitas funções dos sistemas sociais e de saúde, cuidando dos seus familiares.*
  - *Saúde Pública sem um sistema de informação eletrónico.*
  - *Necessidade de incorporar equipas multidisciplinares para apoio às políticas públicas.*
  - *Necessidade de observatório de saúde local e global associados aos determinantes de saúde.*

- **TESE 4 - CENTRALIDADE DO CIDADÃO**
  - *A expressão “centralidade do cidadão” tornou-se um chavão.*
  - *Importante evidenciar as causas da iliteracia.*
  - *Conceito cidadão vs. pessoa.*
  - *Melhor utilização da expressão “medicina de precisão”.*
  - *Investir nas necessidades dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas.*
  - *Construção coletiva de uma centralidade verdadeiramente inclusiva e que a todos e todas satisfaça.*
- **TESE 5 - MUDANÇAS ADAPTATIVAS DE PROXIMIDADE, LIDERANÇAS LOCAIS E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**
  - *Há áreas em que o movimento deve ser o de centralização e não de descentralização; caso contrário iremos agravar a ineficiência e o desperdício nos vários serviços.*
  - *A descentralização e a criação de maior autonomia local não podem significar que “cada um faz à sua maneira”.*
  - *Necessário garantir a harmonização de muitas das práticas a nível nacional, ainda que com adaptações locais e regionais; caso contrário poderá conduzir a inequidades.*
- **TESE 6 - O FUTURO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE**
  - *A emigração dos profissionais é fundamentalmente justificada pela falta de condições de trabalho a nível de carreiras, salários, horários, investigação, equilíbrio trabalho-família, incentivos profissionais.*
  - *Não descurar a formação.*
  - *Formação/qualificação para as competências digitais/tecnológicas.*
  - *Deve apostar-se no recrutamento em regime de exclusividade, com a devida compensação financeira.*
  - *Deve evitar-se conflitos de interesse entre os sectores público e privado.*
  - *É importante investir-se em mecanismos para apoio aos profissionais de saúde em termos de saúde mental, evitando assim situações de burnout e stress.*
- **TESE 7 - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NOS PROCESSOS DA MUDANÇA**
  - *É indispensável que o SNS disponha de visão estratégica e de um plano para a transição digital e inovação tecnológica.*
  - *Este plano deve ser subsidiário e facilitador das medidas para a centralidade do cidadão, para a integração de cuidados e para a gestão dos percursos de saúde com um processo clínico único centrado no cidadão.*

- **TESE 8 - INVESTIR EM SAÚDE**
  - *Boa integração das diversas políticas (saúde, social, laboral, educação, investigação, ambiente).*
  - *Plurianualidade do planeamento e orçamento*
  - *Trabalho em colaboração dos ministérios da Saúde e da Segurança Social*
  - *Fragmentação das estruturas de prestação de cuidados de saúde.*
  - *Inexistência de uma cultura de partilha, integração e articulação de cuidados.*
  
- **TESE 9 - GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO, INTELIGÊNCIA DISTRIBUÍDA E COLABORATIVA**
  - *O utente como centro da prestação de cuidados, com acesso e controlo sobre a sua informação.*
  - *A importância da modernização da tecnologia e da interoperabilidade dos sistemas.*
  - *Potenciar a utilização dos dados em rede para a definição de estratégias de governança em saúde.*
  
- **TESE 10 - NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO E GOVERNANÇA**

Necessidade de acentuar a centralidade das pessoas no processo de governação

Estes comentários foram discutidos na última Conferência de Consenso ocorrida em Lisboa nas instalações do INFARMED, em 8 de outubro de 2022.



## APÊNDICE 1 - NÍVEIS DE CONCORDÂNCIA

### O QUE MUDOU

	74			76		
Discordo muito	0	0,0%	4,1%	1	1,3%	1,3%
Discordo	3	4,1%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	10,8%	0	0,0%	5,3%
Concordo pouco	8	10,8%		4	5,3%	
Concordo	36	48,6%	85,1%	49	64,5%	93,4%
Concordo muito	27	36,5%		22	28,9%	

### TESE 1 - TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE, NUM MUNDO EM MUDANÇA

	58			66		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	1,7%	0	0,0%	3,0%
Concordo pouco	1	1,7%		2	3,0%	
Concordo	23	39,7%	98,3%	16	24,2%	97,0%
Concordo muito	34	58,6%		48	72,7%	

### TESE 2 - DESAFIOS DA SAÚDE NO NOSSO TEMPO – PERCURSOS DE VIDA, ENVELHECIMENTO, RELAÇÕES INTERGERAÇÕES E SAÚDE MENTAL

	58			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	1	1,7%	5,2%	0	0,0%	4,6%
Concordo pouco	2	3,4%		3	4,6%	
Concordo	18	31,0%	94,8%	13	20,0%	95,4%
Concordo muito	37	63,8%		49	75,4%	

### TESE 3 - SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE PÓS-PANDEMIA

	58			65		
Discordo muito	0	0,0%	1,7%	0	0,0%	0,0%
Discordo	1	1,7%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	1,7%	0	0,0%	6,2%
Concordo pouco	1	1,7%		4	6,2%	
Concordo	19	32,8%	96,6%	14	21,5%	93,8%
Concordo muito	37	63,8%		47	72,3%	

### TESE 4 - CENTRALIDADE DO CIDADÃO

	56			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	3,6%	0	0,0%	3,1%
Concordo pouco	2	3,6%		2	3,1%	
Concordo	18	32,1%	96,4%	17	26,2%	96,9%
Concordo muito	36	64,3%		46	70,8%	

**TESE 5 - MUDANÇAS ADAPTATIVAS DE PROXIMIDADE, LIDERANÇAS LOCAIS E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

	56			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	1,8%	0	0,0%	3,1%
Concordo pouco	1	1,8%		2	3,1%	
Concordo	17	30,4%	98,2%	12	18,5%	96,9%
Concordo muito	38	67,9%		51	78,5%	

**TESE 6 - O FUTURO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE**

	56			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	1,8%	0	0,0%	1,5%
Concordo pouco	1	1,8%		1	1,5%	
Concordo	12	21,4%	98,2%	6	9,2%	98,5%
Concordo muito	43	76,8%		58	89,2%	

**TESE 7 - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NOS PROCESSOS DA MUDANÇA**

	56			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	1,5%
Concordo pouco	0	0,0%		1	1,5%	
Concordo	19	33,9%	100,0%	18	27,7%	98,5%
Concordo muito	37	66,1%		46	70,8%	

**TESE 8 - INVESTIR EM SAÚDE**

	56			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	5,4%	1	1,5%	7,7%
Concordo pouco	3	5,4%		4	6,2%	
Concordo	16	28,6%	94,6%	9	13,8%	92,3%
Concordo muito	37	66,1%		51	78,5%	

**TESE 9 - GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO, INTELIGÊNCIA DISTRIBUÍDA E COLABORATIVA**

	56			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	7,1%	0	0,0%	6,2%
Concordo pouco	4	7,1%		4	6,2%	
Concordo	24	42,9%	92,9%	27	41,5%	93,8%
Concordo muito	28	50,0%		34	52,3%	

#### TESE 10 - NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO E GOVERNANÇA

	56			65		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	7,1%	0	0,0%	6,2%
Concordo pouco	4	7,1%		4	6,2%	
Concordo	17	30,4%	92,9%	12	18,5%	93,8%
Concordo muito	35	62,5%		49	75,4%	

#### GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

	55			64		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	1,8%	0	0,0%	3,1%
Concordo pouco	1	1,8%		2	3,1%	
Concordo	17	30,9%	98,2%	15	23,4%	96,9%
Concordo muito	37	67,3%		47	73,4%	

#### ESTATUTO DO SNS

	51			64		
Discordo muito	0	0,0%	5,9%	0	0,0%	3,1%
Discordo	3	5,9%		2	3,1%	
Discordo pouco	2	3,9%	17,6%	2	3,1%	18,8%
Concordo pouco	7	13,7%		10	15,6%	
Concordo	23	45,1%	76,5%	36	56,3%	78,1%
Concordo muito	16	31,4%		14	21,9%	

#### ESTADOS GERAIS DO SNS

	51			64		
Discordo muito	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
Discordo	0	0,0%		0	0,0%	
Discordo pouco	0	0,0%	2,0%	0	0,0%	3,1%
Concordo pouco	1	2,0%		2	3,1%	
Concordo	16	31,4%	98,0%	13	20,3%	96,9%
Concordo muito	34	66,7%		49	76,6%	

## APÊNDICE 2 – COMENTÁRIOS EM AMBAS AS RONDAS

### O QUE MUDOU [P04]

#### Conc RONDA 1

- 
- 2 As necessidades e preferências das pessoas mudaram, assim como apareceram formas inovadoras na prestação de cuidados, mas o SNS não mudou substancialmente, enquanto o sector privado se adaptou melhor.
- 
- 2 As necessidades e preferências dos doentes mudaram assim a prestação de cuidados de saúde, mas o SNS pouco se adaptou
- 
- 2 O sistema de saúde não acompanhou a evolução das necessidades da população
- 
- 4 Outros aspetos: Inadaptação dos cursos na área da saúde - pouca preparação dos futuros profissionais de saúde à variabilidade dos contextos sociais, económicos e culturais dos utentes dos serviços de saúde Corporativismo profissionais de saúde Cristalização da relação médico-doente no sentido da manutenção da relação hierárquica
- 
- 4 Não entendo bem a questão
- 
- 4 Nem todos os fatores têm o mesmo peso. Um fator importante é o crescimento das doenças crónicas e das multimorbilidades, as quais, estando relacionadas, em grande parte, com o envelhecimento, merecem, na minha modesta opinião, de referência autónoma. Não entendo o que se pretende com "as pessoas querem outras coisas". As pessoas querem, ontem e hoje, acima de tudo, ter acesso aos cuidados de saúde de que precisam, com qualidade e em tempo útil.
- 
- 4 "Mudar" expressa uma alteração. Uma "evidência" cujo "sentido" se concorda ou se discorda em diversos graus. Assim sendo, podemos obter graus de concordância semelhantes por motivos eventualmente opostos.
- 
- 5 Não entendo bem o que se pretende dizer com cultura. É um conceito muito alargado. Se estivermos a falar das preferências das pessoas, estas continuam a querer acesso e qualidade na prestação dos serviços
- 
- 5 O sistema de saúde português mudou porque o setor privado da saúde se tornou muito mais poderoso, à custa também das más condições de trabalho no SNS e, apesar de uma maior esperança de vida e aumento das doenças crónicas não transmissíveis com conseqüente maior utilização dos serviços de saúde, a literacia em saúde não melhorou. A mudança de cultura não é "as pessoas querem outras coisas" ; é preciso saber o que elas querem, coisa que nunca verdadeiramente foi procurado. A cultura está a mudar, diria que em muitos casos para melhor, como a consciência do direito e da importância - para os próprios serviços e sua efetividade - de uma maior participação de todos, ainda longe de ser implementada.
- 
- 5 O conceito de cultura é muito lato. As pessoas continuam a querer acesso e qualidade na prestação de cuidados de saúde pelo SNS.
- 
- 5 Novas formas de prestação de cuidados
- 
- 5 Novas formas de prestação de cuidados
- 
- 5 Não incluiria o ponto Cultura: "as pessoas querem outras coisas"
- 
- 5 Importa salientar que vivemos numa economia de mercado na qual surgiram e cresceram nas últimas duas décadas grandes empresas concorrentes na contratação de recursos humanos. O SNS mantém-se estático e os seus "gestores" insensíveis ao mercado.
- 
- 5 *Engagement* do utente, cada vez mais ativo e participativo Sobrecarga do SNS
- 
- 5 Julgo que o impacto do modelo de gestão financeira não reside tanto no maior controlo e maior centralização, mas antes á falta de ajuste do modelo de financiamento ás restantes variáveis
- 
- 5 Acresce ainda, a escassa atenção que foi dada ao SNS nas últimas décadas, com a conseqüente falta de financiamento necessário à manutenção e bom funcionamento dos serviços de saúde, bem

	como, a necessária adequação do modelo de gestão e de financiamento e, estruturação das carreiras dos profissionais da área da saúde. Também terá contribuído para a crescente degradação do SNS, a escassa e até inexistente, participação das pessoas portadoras de doença e seus representantes, nos termos da Lei de Bases da Saúde e de outros diplomas específicos, como da Saúde Mental, que deveriam ser ouvidos e participar na definição das políticas, implementação e desenvolvimento das medidas e avaliação dos se
5	Juntaria a evolução do contexto socioeconómico, com aumento das desigualdades, mudança do perfil da pobreza, urbanização das populações...e outros determinantes sociais (alimentos mais energéticos, vida mais sedentária, isolamento social...)
5	O item: Cultura "as pessoas querem outras coisas" ... não é para mim completamente perceptível / evidente
5	O perfil do "consumidor" de saúde mudou e tende a mudar cada vez mais
5	Acrescentaria: Sistemas de informação em desenvolvimento. Não me é completamente compreensível o item Cultura: "as pessoas querem outras coisas"...
5	Também mudou negativamente porque não se adaptou às regras de mercado, afinal a economia em que vivemos.
5	salientaria expectativas dos utentes mais elevadas e progresso técnico
5	Considero igualmente importantes os seguintes aspetos: - Alterações no tecido social, designadamente resultantes dos movimentos migratórios com impacto nas desigualdades no acesso à saúde. - Assimetrias territoriais no acesso à saúde e na fixação de profissionais de saúde. -
5	Adicionaria também o investimento em mais áreas, tecnologias e profissionais.
6	São cada vez mais patentes e marcantes as interinfluências e interdependências entre diversos setores que continuam desligados. Já não é apenas de ter em conta a necessidade de "Saúde em Todas as Políticas", mas também de equacionar a "Saúde para Todas as Políticas" - em última análise são necessárias pessoas e uma população com mais Saúde para que todos os restantes setores cumpram melhor os seus propósitos.
6	Aos fatores listados, importa referir a vivência dos dois últimos anos, que veio colocar o SNS sobre uma pressão inesperada, conjugadamente com os restantes fatores enunciados
6	E ainda o aumento das doenças crónicas (comorbilidades). As pessoas vivem mais tempo e com mais doenças. As pessoas estão mais exigentes (o fenómeno dos seguros privados de saúde traz para a praça publica ofertas baseadas em negócio e por vezes não em necessidades reais para uma população, levando a um desprestígio do SNS). Grandes grupos económicos ligados a Saúde privada influenciam a opinião pública.
6	Falta de qualidade na governação tradicional incapaz de ter uma verdadeira política de recursos humanos e de autonomia contratualizada.
6	Paradigma- mudança de processos centrados na doença para processos centrados na promoção da saúde e qualidade de vida
6	Todos os aspetos mencionados têm vindo a convergir para a situação atual
6	Não só a população envelheceu como muitos idosos vivem isolados, sem acesso fácil, cómodo, frequente e próximo a transportes públicos, vivem sós, e sem apoio societal de vizinhança que se perdeu. Os cuidados dirigidos às pessoas devem ser de proximidade, mesmo, esgotando as possibilidades que a tecnologia e a inteligência artificial permitem. Por outro lado, as terapêuticas com fármacos, que foram o paradigma dos "tratamentos" pelos serviços de saúde, há muito que se sabe não serem efetivos, são ineficientes, geram iatrogenia e dependência. Daí, a urgência em assegurar os outros profissionais de saúde que complementam a prescrição médica e o cuidar dos enfermeiros, a toda a população, onde quer que
6	Para além do envelhecimento da população, outras alterações demográficas, como a urbanização da população, diferentes fenómenos migratórios (emigração e imigração) contribuíram para a

mudança

- 6 Acrescentaria o papel crescente dos seguros de saúde privados.
- 6 Aumento: Cidadão mais ativo e participativo; reforço da capacidade do SNS, melhores indicadores de saúde
- 6 O sistema de saúde e o SNS terão de acertar o passo com a natureza e o ritmo de tais mudanças.

#### Conc RONDA 2

- 4 A mudança ficou muito aquém das necessidades e pé referências dos doentes e muito atrasado na implementação de formas inovadoras de prestação de cuidados
- 5 Mais do que controlo centralizado do financiamento, é o subfinanciamento crónico. O crescimento do privado é muito superior ao do setor social. A maior facilidade de acesso não foi acompanhada da necessária literacia.
- 5 Há mais fatores como a desregulação das carreiras profissionais o aumento crescente da oferta privada em concorrência desleal Pressão corporativa
- 5 Nestes fatores saliento também as políticas públicas /políticas de saúde e a conseqüente gestão do SNS Na cultura: as pessoas querem outras coisas ... são diferenças no cidadão, mas também nos profissionais
- 5 Na sequência da complexificação dos determinantes sociais da saúde
- 5 Todos os fatores elencados influenciaram decisivamente o sistema de saúde português nas últimas décadas. Mas há que ter em atenção não apenas o grau de influência de cada um deles, mas sobretudo que esses fatores atuam como vetores de forças contrárias entre si.
- 5 Estes fatores atuam muitas vezes, entre si, como forças de sinal contrário.
- 5 Considero igualmente importantes os seguintes aspetos: - Alterações no tecido social, designadamente resultantes dos movimentos migratórios com impacte nas desigualdades no acesso à saúde. - Assimetrias territoriais no acesso à saúde e na fixação de profissionais de saúde.
- 5 Diria que o fator "Cultura: "as pessoas querem outras coisas" " é o que menos se enquadra nesta questão,
- 5 Discordo da alínea Extensão ao sector privado e social, a qual não ocorreu a partir do SNS e sim por iniciativa dos sectores.
- 5 Aumento também como fator, a evolução das profissões na saúde e surgimento de novas, também contribuíram para esta mudança, a par da evolução tecnológica que impulsionou esta transformação do capital humano.
- 5 Aumento também como fator, a evolução das profissões na saúde e surgimento de novas, também contribuíram para esta mudança, a par da evolução tecnológica que impulsionou esta transformação do capital humano.
- 6 Todos os aspetos apresentados contribuíram para mudanças no sistema. Penso que aqueles fatores não são exclusivos. Outros, tais como questões relacionadas com as carreiras (ou a ausência delas) dos profissionais de saúde também importam.
- 6 No último item - Controlo financeiro – maior e mais centralizado - tem de haver controlo financeiro. Seria melhor esclarecer o que significa mais centralizado

## TESE 1 - TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE, NUM MUNDO EM MUDANÇA

Conc RONDA 1

- 
- 4 As metas dos ODS já existem, vamos começar por essas.
- 
- 5 A necessidade de criar mecanismos ágeis de adaptação à mudança implica, necessariamente, uma maior autonomia de decisão das várias estruturas intermédias do nosso sistema de proteção social. Tal deverá ser acompanhado de uma cada vez mais frequente monitorização e avaliação por parte dos pares e dos cidadãos utilizadores.
- 
- 5 "A sustentabilidade das condições de vida das gerações futuras depende ", fundamentalmente, da capacidade que for criada com os jovens de participarem e analisarem criticamente o conhecimento a que têm acesso e utilizá-lo de forma inteligente na gestão da sua vida e das organizações de que fazem parte.
- 
- 5 Mas deve ficar claro que as opções são tomadas num contexto de recursos limitados, o que implica fazer escolhas
- 
- 5 Sem comentário
- 
- 5 Muito importante falar de bem-estar!!! e não só saúde. Será de introduzir a "necessidade de ruturas"? Mentais
- 
- 5 A inércia dos sistemas (proteção social) não acompanha as necessidades das pessoas, face à evolução no seu ciclo de vida. Os sistemas de referência deverão basear-se em métricas da qualidade de vida e corresponder de forma flexível às necessidades.
- 
- 5 Acrescentaria que a sustentabilidade das condições de vida das gerações futuras implica a uma visão (com tradução prática) mais holística da saúde e a necessária integração entre os sistemas de proteção social e a saúde.
- 
- 5 Além do nível ético, há mesmo o da competência profissional. Não podemos voltar a assistir ao que vimos durante a pandemia, de certos serviços e profissionais totalmente parados por medo de serem infetados, medo que resulta de pura incompetência técnica e de não estudo. Isto chama-se negligência, dos diferentes profissionais
- 
- 5 Necessário garantir a sustentabilidade do SNS e ao mesmo tempo garantir a qualidade e acessibilidade dos cuidados. Importa investir em estratégias locais e organizacionais promotoras de inovação e melhoria contínua, dando poder e oportunidade e reconhecimento aos profissionais que estão no terreno e propõem projetos de mudança: al
- 
- 5 Importa salientar que a definição das metas, no meu entender, deverá incluir também até onde investir em algumas áreas, ou pelo menos ter uma componente de priorização efetiva do que investir se não for possível investir em tudo o que é considerado relevante.
- 
- 6 Nesta perspetiva a importância introduzir mudanças em setores não diretamente relacionados com a saúde
- 
- 6 O cidadão deve poder dispor dos seus dados de saúde para uma melhor gestão da mesma.
- 
- 6 A resistência á mudança - a todos os níveis da cadeia de comando, com exceções pontuais, não avaliadas nem apoiadas tem sido confrangedor
- 
- 6 julgo que é muito importante despir-se de preconceitos, reconhecendo as conquistas da nossa democracia ao nível da saúde, mas sendo recetivos às opções que melhor se ajustem ao que queremos do sistema de saúde
- 
- 6 A mudança é uma constante da vida. Acontece independentemente ou por influência da nossa vontade e por aquilo que fizemos ou não fizemos. Temos a possibilidade de agir, de fazer acontecer, de influenciar o sentido da mudança. Mas necessitamos de saberes e de competências para tal. Não basta fazer a lista do que deve acontecer.
-

Conc RONDA 2

- 
- 5 É inquestionável. A questão é saber que transformações...
- 
- 5 este comentário é mais geral, decorrente da análise integrada/comparativa das 10 teses. - Parece haver 'temas repetidos' (apesar das nuances...) "Transformações ..." (tese 1); "Mudanças adaptativas..." (tese 5); "... processos de mudança" (tese 7) não temos nenhuma referência aos «objetivos de desenvolvimento sustentável das nações unidas»
- 
- 5 Tenho dúvidas sobre as definições operativas dos conceitos usados na frase: "A gestão da mudança nos sistemas de proteção social dispõe já de uma base considerável de conhecimentos à qual não podemos ficar indiferentes: necessitamos de adotar metas claras para o desenvolvimento humano e para o bem-estar.". O campo do estudo da felicidade e bem-estar ainda está longe de ter conhecimento suficientemente sólido para orientar políticas de forma clara, do meu ponto de vista. Ainda assim, concordo com o conceito geral de que devemos considerar o bem-estar das pessoas numa perspetiva mais subjetiva, vis a vis alguma medida mais tangível e observável.
- 
- 6 De facto, pensar a saúde significa pensar para lá dos cuidados de saúde na doença. Donde a necessidade de garantir políticas públicas de apoio social para garantir a bem-estar e até dignidade. Um sistema social forte diminui muito da procura inapropriada de cuidados de saúde.
- 
- 6 Gestão da mudança e da inovação são skills obrigatórios para as lideranças de hoje.
- 
- 6 O sector da saúde está interligado a todos os setores da sociedade, cuja estabilidade é fundamental para o bem-estar social. Estas transformações deverão incidir na sustentabilidade do sistema sociais, sabendo que o crescente envelhecimento e a baixa natalidade representam um forte fator para o desequilíbrio financeiro, nomeadamente ao nível dos subsídios e pensões.
- 
- 6 O sector da saúde está interligado a todos os setores da sociedade, cuja estabilidade é fundamental para o bem-estar social. Estas transformações deverão incidir na sustentabilidade do sistema sociais, sabendo que o crescente envelhecimento e a baixa natalidade representam um forte fator para o desequilíbrio financeiro, nomeadamente ao nível dos subsídios e pensões.
-



**TESE 2 - DESAFIOS DA SAÚDE NO NOSSO TEMPO – PERCURSOS DE VIDA, ENVELHECIMENTO, RELAÇÕES INTERGERAÇÕES E SAÚDE MENTAL**

Conc RONDA 1

3	O título não reflete o conteúdo e explicação da tese. Não se discute a intergeracionalidade da saúde, a tese está focada no envelhecimento.
4	Subscrevo que estas dimensões constituem alguns dos principais desafios em saúde nos tempos vindouros. A criação de unidades específicas de promoção de um envelhecimento feliz (mais do que ativo ou até mesmo saudável) deveria envolver todas as comunidades locais, com juntas de freguesia e serviços de saúde à cabeça.
4	dependências e fragilidades...mentais ou psicológicas? OU as duas? A saúde mental é um termo que pretende integrar a doença mental e o bem-estar psíquico ou psicológico. Acharia útil introduzir as duas dimensões. A ansiedade e a angústia, p. ex., são processos de adaptação e de vida que me custa classificar em "saúde mental".
5	Acrescentaria a necessidade do trabalho de proximidade e em rede com outras estruturas da comunidade.
5	Sem comentário
5	A saúde mental deve ser enquadrada na política de segurança e saúde no trabalho, responsabilizando todos os agentes, e o próprio, desde cedo, pela efetiva prevenção.
5	Diria que na saúde ao longo da vida haverá que dar maior ênfase às circunstâncias socioeconómicas das pessoas e grupos populacionais. Fazer uma divisão da população por "gerações" é origem de assimetria e parece tornar despiciendas as condições socioeconómicas, sem prejuízo (evidentemente) das necessidades específicas de cada grupo etário.
5	Este conjunto de tópicos parece-me um pouco disperso, sem menção a alguns dos aspetos mais relevantes no contexto do envelhecimento, nomeadamente estilos de vida (alimentação e atividade física, no mínimo), assim como promoção de relações sociais/comunitárias fortes.
6	Deveria ser estabelecida como prioridade o investimento na parentalidade positiva e nos primeiros anos de vida, em que se inclui o tipo de educação que se oferece. Os primeiros anos de escolaridade são decisivos para o desenvolvimento da capacidade crítica que deveria ser sempre desenvolvida ao longo de toda a educação formal. Isto requer uma transformação radical no ensino que ainda hoje existe nas nossas escolas.
6	A Saúde mental pertence a todos, é transversal a todos os níveis de cuidados (cuidados primários e cuidados hospitalares) e a áreas de intervenção (Saúde da mulher, do adulto da criança, do idoso...) e tão subvalorizada. Cada UCSP/ USF deveria ter consultas de psicologia.
6	A importância de promover medidas de política a nível nacional e a nível local com enfoque na promoção da saúde mental
6	Acima de tudo importa construir respostas integradas, valorizando todas as dimensões da saúde e bem-estar
6	Todos estes aspetos terão de ser tidos em conta, não esquecendo as Determinantes em Saúde que impactam com os percursos de vida das pessoas
6	Integração é a palavra chave
6	Do relacionamento intergeracional resultam vantagens muito significativas quer para os mais novos como para os mais velhos, conforme diversos exemplos o têm vindo a demonstrar.
6	Os ciclos políticos continuam a afetar as decisões, levando a que a prevenção ou áreas menos visíveis como a saúde mental sejam descuradas. É fulcral aumentar a predisposição para investir na prevenção sabendo que os benefícios só muito mais tarde surgirão.
6	Decorrente do envelhecimento progressivo dos nossos concidadãos urge a implementação de políticas públicas ativas na área das demências dirigidas aos doentes, familiares/cuidadores

---

informais e profissionais de saúde e de apoio social nos contextos de prestação de cuidados de saúde e de apoio social (e.g. hospitais, CSP, RNCCI e ERPI)

---

6 a maior articulação com a segurança social quer a nível das comunidades quer centralmente, com envolvimento maior ao nível dos municípios. A descentralização de competências da saúde para os municípios com os objetivos previstos não são uma boa opção.

---

6 Existe em Portugal uma fraca resposta efetiva e investimento na saúde mental dos cuidadores informais e cuidadores formais. Estes continuam sobrecarregados, com níveis elevados de exaustão e sem apoios efetivos, comprometendo a sua saúde e bem-estar e, mesmo das pessoas cuidadas. Importa igualmente apoiar os cuidadores ao longo do seu percurso de cuidados, pois as mudanças e as suas necessidades também variam. A n

---

6 O SNS é o eixo e a base estruturantes do sistema de saúde. Existe para responder às necessidades de saúde da população e dos seus diversos grupos e comunidades. Necessidades em constante evolução e mutação. Por isso deve organizar-se em função delas e para obter os melhores resultados com a máxima qualidade, equidade e eficiência possíveis. Deve evitar lógicas “internas”, institucionais ou organizacionais

---

Conc RONDA 2

---

4 O grande investimento deve ser no início da vida, na capacitação pais e de outros cuidadores para, com afeto, conduzirem uma educação orientadora do percurso da Criança, numa abordagem autoritária

---

5 A saúde mental deve ser clarificada no que diz respeito aos cuidados psiquiátricos e aos cuidados de suporte psicológico. A fusão dos dois leva a minorar estes últimos em detrimento da maior urgência dos primeiros. A inter-relação com os cuidados sociais devia ser integrada na tese.

---

5 considero que a questão da saúde mental podia ser melhor abordada por duas razões: 1) no texto, está subentendida a «saúde mental» como tratamento/acompanhamento de doenças mentais (diz respeito a todos, além dos doentes dos seus familiares e cuidadores e dos próprios profissionais). de facto, diz respeito a todos os cidadãos, numa perspetiva prioritária de promoção da saúde mental e não de tratamento. também sabemos que haverá 'poucos' recursos para garantir tratamento/acompanhamento das pessoas/famílias que já têm problemas/doença mental... mas o foco deve ser a promoção da saúde... mental! 2) faria sentido que a promoção da saúde mental estivesse numa tese 'isolada'

---

5 saúde mental

---

6 "Novas respostas que rompem com as abordagens sectorizadas e isoladas que conhecemos", parece-me mais adequado.

---

6 A saúde (mental) diz respeito a todos, sem com isto minimizar o papel primordial dos próprios doentes

---

6 Importa melhorar o acesso e afetar mais recursos aos cuidados de saúde mental. Verifica-se uma ausência de respostas nesta área, a qual não consegue ser colmatada apenas com medidas como o estatuto do cuidador. Continua a persistir uma desadequação das estruturas assistências disponíveis, e as que existem adequadas, são parcas e de lotação muito diminuta face às necessidades.

---

6 Integração da saúde mental na política de segurança e saúde no trabalho, valorizando a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional e formas e locais de trabalho saudáveis

---

6 O articulado parece-me muito bem construído. Acho que entrando no "como" é que abriria muita discordância.

---

### TESE 3 - SAÚDE PÚBLICA EM TEMPO DE PÓS-PANDEMIA

#### Conc RONDA 1

- |   |   |
|---|---|
| 2 | A saúde pública deverá ser cada vez mais a saúde global das populações e das mudanças estruturais necessárias: da poluição, alterações climáticas, pobreza, habitação, refugiados.... e não uma visão sanitária prevalente. A noção de observatório de saúde local e global associados aos determinantes de saúde e ao planeamento estratégico deveriam ser a base de uma saúde pública moderna e necessária              |
| 5 | Dar mais relevo à saúde pública que tem sido negligenciada, assim como as determinantes da saúde.   |
| 5 | e literária em saúde pública  |
| 5 | Mas sem recursos a saúde pública não tem papel nenhum   |
| 5 | Concordo que é importante tornar o sistema resiliente, contudo, 'não há almoços grátis' pelo que é inevitável priorizar e fazer escolhas. Há falta de reflexão sobre estes temas e diria mesmo coragem (coletiva) para os abordar.  |
| 5 | Concordo se com "saúde pública local" nos estivermos a referir a unidades populacionais com características geo-epidemiológicas semelhantes, sem cair no "facilitismo" da circunscrição administrativa atual. Atendendo ao enquadramento político-administrativo presente a "saúde pública local" não se deverá limitar aos zonamentos administrativos do poder local (municipal).  |
| 5 | Capacitar e autonomizar unidades locais   |
| 5 | O contexto de pandemia revelou algum grau de ineficácia dos sistemas sociais e de saúde, com muitas entidades a encerrarem (como centros de dia) e atrasos nas consultas e cirurgias, Atrasos que podem comprometer a saúde de forma irreversível e a eficácia dos tratamentos. Os cuidadores informais assumiram muitas funções dos sistemas sociais e de saúde, cuidando dos seus familiares.                           |
| 6 | É também importante envolver o cidadão e responsabilizá-lo também enquanto agente de saúde pública, sensibilizando-o para o papel que tem enquanto membro da sociedade civil e enfatizando o dever de proteger a sua comunidade. Para isto acontecer, é importante apostar na comunicação direcionada ao cidadão e às comunidades, empoderá-lo/as e investir em estratégias para a melhoria da literacia das populações.  |
| 6 | As competências em comunicação, nas suas várias formas, são essenciais para o bom desempenho dos profissionais e dos serviços. Especialmente em Medicina sente-se uma enorme lacuna desta matéria no currículo. Para além disso, todos os canais de comunicação deveriam ser explorados quando se pretende chegar ao público que é constituído por pessoas com diferentes formações e acesso aos diferentes canais.       |
| 6 | Um registo de saúde eletrónico normalizado e centralizado é imprescindível.   |
| 6 | e da flexibilidade  |
| 6 | Acrescentaria apenas à comunicação do risco, a gestão do risco e a coresponsabilização do cidadão na decisão de assumir determinado risco (contágio da doença / isolamento social).   |
| 6 | Há que promover a formação de muitos médicos de saúde pública (MSP), nomeadamente dos mais velhos. Agora que já não fazem juntas para os incentivos fiscais (ou não as devem fazer, apesar de haver MSP que "gostam" de as fazer), que não fazem "cartas de condução" e muitas das atividades de "autoridade de saúde" felizmente já desapareceram por desnecessárias, não há razão para que as "Unidades Locais de SP" n |
| 6 | Importa ainda referir que alguns dos serviços de saúde pública locais, poderão não ter, ainda, capacidade para responder a todas estas aspirações. Contudo, face à descentralização pretendida na saúde e não só, importa reforçar a capacidade de um corpo técnico a nível local. Mesmo a nível de gestão de serviços, com maior autonomia dos ACES segundo o novo Estatuto do SNS, importará reconhecer por via de si   |

- 
- 6 As especificidades da Saúde Pública e da Promoção da Saúde devem, o mais possível, alicerçar-se nos "espaços locais". Porém, alinhadas e interdependentes das abordagens de âmbito Regional | Nacional | Continental | Global. Ao mesmo tempo, devem interagir e influenciar todos os setores de atividade social e económica com impacto na saúde (e vice-versa), bem como os diversos tipos de cuidados e intervenções em saúde.
- 

Conc RONDA 2

- 
- 4 1-As doenças crónicas foram determinantes na morbilidade e mortalidade da COVID, embora sempre menosprezadas pela "Saúde Pública" 2- A integração na Proteção Civil, o que aconteceu nas situações melhor resolvidas durante a pandemia é crucial!
- 
- 4 mais do que se falar no reequipamento das unidades de saúde pública deveria discutir-se 'a localização organograma' das unidades de saúde pública. no contexto pré pandemia, havia uma diferença abismal entre as 'orientações' da DGS e as 'orientações' das USP. a "saúde pública local" tem, lamentavelmente, muito pouca capacidade de influencia ou de aceitação de hospitais e RNCCI. padece de uma 'desvalorização redundante'... dentro do Sistema de Saúde e dentro dos CSP.
- 
- 5 "A gestão da transmissão da doença" não me parece ser a formulação inequívoca para o que supostamente se quer dizer
- 
- 5 Faltam recursos
- 
- 5 organização das Unidades de Saúde Pública
- 
- 5 Os sistemas de comunicação é fundamental mas cabe também à SP a promoção de saúde, nomeadamente a aliança com pais e professores, com as autarquias e a promoção da coesão social, incentivando ações de solidariedade e intergeracionais
- 
- 6 É importante que o planeamento estratégico assuma uma dimensão prospetiva. Modelos de Governança inteligente suportados na evidência científica e na participação da comunidade são fundamentais. A saúde pública deve reforçar a sua intervenção na comunidade e privilegiar a abordagem da promoção da saúde.
- 
- 6 Julgo que também aqui o articulado está bem colocado, mas está em falta o conceito essencial da autoridade de saúde, que tem vindo a ser negligenciado e parece-me que de forma intencional desde, pelo menos, a discussão da Lei de Bases. Para qualquer bom observador, houve uma instrumentalização de alguns "peritos" que não o eram verdadeiramente. Acho que é sintomático em todas as reuniões do infarmed, não haver uma única autoridade de saúde (muito menos pessoas do terreno) sem contar com a Autoridade de Saúde Nacional. Como tal, ter uma rede de peritos pré-definidos com a obrigação de assegurar "a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do Estado em matéria de saúde pública" era algo que deveria ter sido prática e não apenas texto de lei que em breve parece estar para desaparecer. Será importante também clarificar que as decisões políticas requerem aconselhamento científico, mas não precisam de o seguir. Tem é de ficar claro o que é técnico e o que é político e isso desde início foi misturado e agora assume-se, porque também foi isso que se deu a entender, que a decisão política é baseada na decisão técnica.
- 
- 6 Melhoria e atualização dos Sistemas de informação e registo, a par do seu acesso em tempo útil e no local onde é necessário, deverão acompanhar a estratégia para a melhoria da capacidade de ação da Saúde Pública.
- 
- 6 O planeamento estratégico é fundamental nas políticas públicas. Organizações que dedicam parte dos seus recursos não adivinham o futuro, mas estão melhor preparadas para os desafios.
-

#### TESE 4 - CENTRALIDADE DO CIDADÃO

##### Conc RONDA 1

- acrescentaria à "prescrição e intervenção" o acompanhamento e em vez de "médica" colocaria profissional de saúde. (Não estaremos longe dos enfermeiros prescritores, mas a intervenção e o acompanhamento já é multidisciplinar. Tenho receio que esta centralidade seja vista como um alijar de responsabilidade. A noção de disponibilidade/acesso deve estar presente. A "responsabilização" individual é uma forma de desresponsabilização da sociedade, das estruturas de saúde e dos próprios profissionais.
- 4 A abordagem à centralidade no cidadão corresponde à forma como o serviço de saúde atende às várias necessidades do utente, numa perspetiva de integração de cuidados, acompanhada por um processo de decisão partilhado com os profissionais, em que o utente está dotado de informação que o responsabiliza.
- 4 Julgo que há muita repetição deste chavão, sem haver um consenso sério sobre o que tal significa. A ideia de que o cidadão poderá por si compreender a todo o momento o seu estado de saúde e o que será ideal para ele/ela é um ideal que precisa de ser balanceado com a realidade. Chego mesmo a discordar com a frase de não em tocar sem ter acesso à minha informação, já que nalgumas situações até começa a haver alguma tendência de alguns doentes não quererem se quer partilhar os seus dados. Parece-me que este tema precisa ainda de muito desenvolvimento.
- 5 Irrita-me chamar "medicina de precisão" aos "cuidados centrados na pessoa". As decisões sobre saúde não devem ser só "inteligentes" pois o nosso funcionamento baseia-se bastante na motivação e nos interesses que temos. Este texto poderia estar mais "próximo das pessoas" em vez de as colocar só como seres racionais.
- 5 A centralidade do cidadão deve estar presente em todos os níveis de decisão: nas políticas que deverão ser pensadas em função das pessoas, mas também na organização dos cuidados de saúde e na relação dos profissionais de saúde com as pessoas. Mais do que a medicina de precisão, que se centra nas diferenças biológicas e genéticas entre as pessoas para melhor adequar os tratamentos, é preciso pensar nas narrativas individuais de cada ser humano e nas suas realidades subjetivas, e, ainda, na organização de serviços de forma a facilitar a vida das pessoas e não só dos profissionais. Diria que a "medicina de precisão" pode ser um dos aspetos da centralidade do cidadão e não o contrário.
- 5 A centralidade também exige a criação de um processo clínico único e uma aposta na literacia dos profissionais de saúde envolvidos.
- 5 Como é que há centralidade no cidadão se não existe Registo de Saúde Eletrónico, único e nacional, propriedade do cidadão?
- 5 Concordo com a devida cautela de "centrado no cidadão" não significar prejudicar a atenção à "saúde populacional", entendida como coletiva. Existe o perigo de aumentar o afastamento conceptual entre "cuidados" e "saúde pública" o que me parece pernicioso, quer do ponto de vista social, quer profissional.
- 5 O médico não é o único prestador de cuidados de saúde. A CENTRALIDADE DO CIDADÃO também é importante na prestação de cuidado de fisioterapia ou de cuidados de enfermagem (só para dar dois exemplos).
- 5 No modelo Australiano, a pessoa com deficiência sabe que no seu percurso de cuidados e de acordo com os seus objetivos de vida vai ter apoio financeiro da segurança social que não é um valor fixo, pois as suas necessidades também alteram ao longo da sua vida. Em Portugal os apoios financeiros são fixos e não refletem este dinamismo e centrado no utente. Ao longo do percurso de cuidados, importa investir igualmente nas necessidades dos cuidadores e das pessoas cuidadas de forma regular e mobilizar oportunamente os apoios, avaliando os outcomes produzidos.
- 6 Mais uma vez surge aqui a necessidade de e ponderar o cidadão/utente. É importante que os

	profissionais de saúde estejam capacitados para comunicar com os seus utentes, e igualmente crucial que estes últimos tenham também uma palavra a dizer, envolvendo todos no processo de tomada de decisão para melhoria do estado de saúde do próprio.
6	A tese deveria ser chamada de centralidade na pessoa, pois os não cidadãos também estão incluídos (imigrantes por exemplo). O lugar da pessoa está previsto, mas diariamente a pessoa luta para o conquistar, onde está prevista a participação efetiva das associações na organização de cuidados, quando essa possibilidade existe é um mero requisito administrativo. se queremos formar a pessoa, também temos que a ouvir (os seus receios, o que já sabe, o que deve der melhorado...).
6	Centralidade na pessoa deve ser desenvolvida desde a formação. Os médicos continuam a ter atitudes "eu-é-que-sei-o-que-é-melhor-para-si". Há que aprender a comunicar e perceber quais são as necessidades e desejos da pessoa, e respeitá-los. É importante existir um registo eletrónico de saúde acessível em qualquer momento, em qualquer ponto do sistema de saúde (publico, privado ou social), com autorização do próprio, um CC é suficiente para funcionar como chave e ainda pode ser usada a chave de acesso.
6	"não me toquem sem terem acesso a toda a minha informação de saúde relevante"! - isto é relativo... ter a informação possível sim. É mais importante garantir que todo o sistema de saúde contribui para esta informação centralizada no doente.
6	Incrementar o mais rápido possível O Registo de Saúde Eletrónico RSE
6	Falta adequar e reformar, os sistemas de informação da saúde.
6	Urge que as respostas sejam construídas com base na valorização e necessidades dos utentes. Colocar os saberes de cada profissional ao serviço das respostas, retirando a centralidade na disponibilização de um serviço
6	Este é o caminho que sabemos que temos que nos organizar para percorrer. Vendeu-se muito a ideia que a "medicina de precisão " estava na "mitocondria"... Mas também pode estar na escolha do antihipertensor para o Sr <sup>a</sup> Luis, ou na prescrição social para a D. Rosa
6	escutar o cidadão e compreender as suas escolhas - são um desafio para a centralidade do cidadão e para a tomada de decisão tendo em consideração essa centralidade.
6	A aposta na literacia é imprescindível para a tomada de decisões livres e esclarecidas.
6	É certamente um grande desafio. Diria que é importante tudo o que é apontado, mas é também importante dar atenção às preferências das pessoas e evitar o excesso de medicalização.
6	A literacia em saúde da população é ainda muito baixa o que impede uma escolha informada e participada. Em paralelo, a participação das pessoas na dinâmica das unidades de saúde, cuidados primários e hospitais, está muito abaixo de outros serviços de saúde, como o inglês, contribuindo para um fraco sentido de parceria e colaboração, o que prejudica a relação prestador de cuidados - utente.
6	Promoção de uma cidadania ativa relativamente à participação nas tomadas de decisão informadas e esclarecidas no que à sua saúde e vida dizem respeito.
6	concordo com os 2 aspetos fundamentais apresentados, mas o tema centralidade do cidadão tem sido muito desenvolvido no segundo aspeto da informação, mas para que seja abrangente a todos os cidadãos a literacia dos cidadãos e a cultura organizacional com envolvimento de todos os profissionais é fundamental.
6	A centralidade do cidadão deve passar da retórica à prática. Para isso necessita de ferramentas, de instrumentos que impulsionem e ajudem a sua concretização. Pelo menos cinco, terão deser haverá rapidamente desenvolvidos: a) Processo de saúde eletrónico pessoal unificado (desejavelmente até a nível europeu) propriedade de cada cidadão e controlado por este; b) Plano Pessoal (ou Individual) de Cuidados, com estrutura genericamente padronizada, mas adaptável e evolutiva à situação de cada pessoa, e ao longo do tempo. Este Plano pode, numa pessoa saudável, ser o seu plano pessoal de promoção e de manutenção da saúde. Em situações de saúde complexas

---

e muito complexas torna-se indispensável

---

Conc RONDA 2

- 
- 4 A expressão "decisão inteligente" pressupõe um paternalismo que está longe da centralidade do cidadão. Esta seria vista pelos nossos olhos e não pelos deles. O direito à autonomia e à decisão bem informada pressupõe um processo educativo e participativo que está bem longe da realidade. A figura do "provedor" do utente com poderes reais de integração nos conselhos de direção, a elaboração de estratégias permanentes de educação e a criação de grupos de autoajuda na maioria das patologias abrirão caminhos mais seguros nesta direção.
- 
- 5 Acho que todo o discurso de centralidade do cidadão, num Sistema de Saúde baseado sobretudo num Serviço Nacional de Saúde, tem de mudar para a centralidade da população (considerar o valor alocativo da perspetiva de cuidados de saúde baseados em valor da comissão europeia, proveniente do Sir Muir Gray). A capacidade para personalizar a um ponto individual parece-me nesta fase de maturidade do nosso sistema algo pouco praticável na maior parte das situações. É apenas reforçar um mantra que no futuro próximo não é possível a não ser na interação individual feita pelos profissionais de saúde. Profissionais esses que são excluídos do articulado inicial, o que me parece muito errado. É importante garantir que a centralidade deve ser nas pessoas de forma a garantir que os profissionais, por sinal também pessoas, também são consideradas (Ver o quadruple aim da Sinsky).
- 
- 5 centralidade... sistemas de informação
- 
- 5 Não chega a centralidade se esta não trouxer a voz das pessoas
- 
- 5 O modelo de centralidade do cidadão proposto parece-me essencialmente biomédico. É normal o cidadão centrar o seu modelo de saúde no acesso e qualidade dos serviços de saúde. Porém, é da responsabilidade do sistema de saúde ter uma visão mais abrangente dos fatores determinantes da saúde do cidadão. Os modelos de cuidados têm que reconhecer os diferentes fatores de risco e protetores da saúde das pessoas no seu contexto pessoal e social e adequar a prestação de cuidados às suas necessidades mais abrangentes sem medicalizar excessivamente os cuidados sob pressão dos cidadãos mais exigentes e do mercado da saúde mais consumidor. Portanto, a centralidade no cidadão deve abranger os seus determinantes sociais da saúde num verdadeiro modelo biopsicossocial.
- 
- 5 O modelo de cuidado centrados no cidadão tem a pessoa no centro, e não "tem também"
- 
- 6 A centralidade NO cidadão está relacionada com as suas necessidades em saúde ao longo do ciclo vital, as suas preferências e formas de contactar com o sistema de saúde. a Informação em saúde deve ser abordada numa tese específica, por exemplo da 'inovação tecnológica (tese 7) ou na 'gestão da Informação' (tese 9)
- 
- 6 Atenção: não fazer da "Literacia em Saude" uma PANACEIA que vai resolver todos os problemas. A Literacia em Saude está diretamente relacionada com a Literacia geral das pessoas... e o investimento também de ser ai
- 
- 6 há muitos enviesamentos no conceito de cuidados centrados na pessoa. O simples facto semântico de colocar pessoa no singular é indicativo. Deve ser pessoas porque é necessário que o cuidado seja individualizado.
- 
- 6 Para que esta realidade aconteça na sua plenitude, deveremos evoluir para o Registo Eletrónico de Saúde o qual deverá, de acordo com níveis de acesso específicos, por profissional e nível de acesso, ser acessível em todo o sistema de saúde (público, privado e social).
-

**TESE 5 - MUDANÇAS ADAPTATIVAS DE PROXIMIDADE, LIDERANÇAS LOCAIS E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

Conc RONDA 1

- 
- 4 Concordo, com reservas. A descentralização, com maior proximidade e conhecimento das realidades locais é, em tese, bom. Contudo, tem que se encontrar as melhores formas para impedir que se crie uma tal fragmentação que impossibilite uma verdadeira política nacional de saúde e que se gerem iniquidades regionais no acesso à saúde.
- 
- 5 Para além disso, dever-se-ia mencionar a importância da partilha e troca de serviços, recorrendo a estratégias de comunicação e de win-win
- 
- 5 O equilíbrio da descentralização-centralização não é fácil. Não desejamos uma descentralização em que a contratação por amizade seja possível, não desejamos um sistema descentralizado de compras.
- 
- 5 Não sei o que são os modelos organizacionais " amigos da mudança". As mudanças só devem ser feitas com o acordo e possibilidade de controlo dos cidadãos.
- 
- 5 É preciso ter em atenção o nível de capacidade de resposta das lideranças/organizações nos territórios face aos desafios e à capacidade de reter conhecimento, recursos humanos diferenciados e meios tecnológicos, de modo a evitar velocidades distintas e impactos diferenciados no estado de saúde das populações.
- 
- 5 A saúde de proximidade associada à descentralização de competências para as autarquias, é um enorme desafio que exige um estudo/investigação de análise à estrutura de funcionamento e recursos
- 
- 5 Aqui julgo que é importante acompanhar a descentralização com particular atenção às acrescidas necessidades de recursos humanos qualificados e competentes bem como assegurar a transparência da alocação de recursos e acesso aos cuidados
- 
- 6 Integração de cuidados exige um financiamento misto e colaborativo entre todas as instituições.
- 
- 6 Mas as políticas públicas não caminham no sentido da integração de cuidados.
- 
- 6 Defendemos que deverá haver um enquadramento legal (topdown) , mas as soluções têm de ser encontradas nas dinâmicas locais (bottomup)
- 
- 6 Totalmente de acordo. Por mim a ACSS pode ser implodida já, dado que nunca soube fazer administração estratégica nacional; nunca soube fazer gestão de recursos humanos nacionais, como se vê dolorosamente nos últimos tempos; não conseguiu(?), não soube como fazer(?) ou não quis (?) terminar com os erros e custos sociais crescentes
- 
- 6 O caminho da integração de cuidados de saúde, impõe-se como um imperativo ético, pelo bem comum que potencia e que advém da promoção da saúde, segurança e qualidade de vida dos nossos concidadãos, famílias e comunidades, nomeadamente em situação de maior risco e vulnerabilidade. Para este percurso, certamente conducente à
- 
- 6 Esta mudança com a descentralização e responsabilização será o mais decisivo na centralidade e cuidados no cidadão, em que os recursos existentes e a desenvolver são em função das necessidades identificadas em cada local.
- 
- 6 Importa dotar recursos financeiros que apoiem iniciativas empreendedoras no âmbito de uma descentralizada proximidade. Investir no empreendedorismo e na partilha de boas práticas.
- 
- 6 Garantindo que há um alinhamento com a intenção de liderança nacional.
- 
- 6 As abordagens de tipo "integrated local health systems" estão consagradas na Lei de Bases da Saúde com a designação de sistemas locais de saúde (SLS). Porém, podem ter interpretações e modos de "concretizar" diversos, por vezes até contraditórios. Fará sentido definir claramente os princípios e os requisitos para os SLS, em
-



Conc RONDA 2

- 
- 5 com que administração pública...
- 
- 5 Deve haver a capacidade de financiar localmente novos modelos de trabalho assumindo a mais valia destes investimentos de risco para a testagem da inovação no terreno. Permitir o investimento de risco em saúde para capacitar a mudança do sistema de saúde.
- 
- 5 É também necessário maior investimento
- 
- 5 Serão necessárias medidas corretivas que impeçam iniquidades resultantes das assimetrias regionais e da capacidade de controlo, pelos cidadãos, a nível local
- 
- 6 gestão descentralizada, lideranças empreendedoras e modelos organizacionais 'amigos da mudança', «não acontecem» sem uma 'atualização/mudança' estrutural da gestão da administração pública. algumas exigências intrínsecas à administração pública não se coadunam com a sociedade e economia do presente... na administração pública estamos amarrados a regras do tempo de 'filmes mudos a preto e branco' vivendo nós no tempo da Inteligência Artificial e Realidade Aumentada'...
- 
- 6 IMPORTANTÍSSIMO! Mas verdadeiramente. Não só para "encher a boca" com a palavra Integração - fica muito bem no discurso.... e depois criarem-se mais silos, quintas etc.... de todos os lados - hospital CSP, RNCC, autarquias etc. e Ministério/ Ministro/a; Secretários de Estado etc. e a panóplia de instituições que se seguem.... Cada um tem necessidades de afirmação muito mal resolvidas
- 
- 6 Muito importante para isso a nomeação das lideranças e gestão intermédia ser feita por mérito, eleição ou algum mecanismo que não seja a nomeação por confiança partidária, muitas das vezes descaradamente injustificada em termos de formação e percurso prévio.
- 
- 6 Também aqui o registo eletrónico de saúde é fundamental.
-

**TESE 6 - TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE, NUM MUNDO EM MUDANÇA**

Conc RONDA 1

4	A remuneração e um especto fundamental para um mix público-privado saudável, que atualmente o publico não consegue acompanhar.
5	Não está explícito de quem vai " lhes proporcionar carreiras profissionais..."
5	Em complemento, proporcionar formação/qualificação para as competências digitais/tecnológicas.
5	Considerar a imensa degradação das condições de trabalho e penosidade das profissões.
6	Para evitar o desgaste dos profissionais de saúde deve apostar-se no recrutamento dos mesmos, em regime de exclusividade, com a devida compensação financeira. Deve evitar-se conflitos de interesse entre os sectores público e privado e o quase "nomadismo" de alguns profissionais. É também importante investir em mecanismos para apoio aos profissionais de saúde em termos de saúde mental, evitando assim situações de burnout e stress.
6	Para além da melhoria das perspetivas profissionais, parece ser fundamental os profissionais sentirem-se respeitados e acarinhados, recebendo um salário e condições de trabalho dignas, assim como partilharem o sentido de missão do SNS. Garantir encontros periódicos para tempo de reflexão e estudo conjunto pode ser estimulante para o desenvolvimento e realização profissional.
6	A emigração dos profissionais é fundamentalmente justificada pela falta de condições de trabalho a nível carreiras, salários, horários, investigação, equilíbrio trabalho-família, incentivos profissionais ...
6	Acrescentar que é necessário, independentemente do local de exercício, uma carreira profissional atrativa com progressão na vertical (qualificação técnico-científica e académica) e na horizontal (avaliação de desempenho coletivo).
6	é necessário não descurar a formação principalmente aquela que respeita ao digital tanto na formação pré-graduada como pós-graduada
6	Sem uma política efetiva neste sentido caminhamos para a destruição do SNS
6	É importante garantir, igualmente, um sistema de avaliação de desempenho que valorize o trabalho desenvolvido, menos balizado por cotas e com uma aplicação dos critérios, entre os serviços, de forma mais homogénea, evitando pesos diferentes. A perceção que existe é que a ascensão na carreira é só para alguns e sempre para os mesmos.
6	É fator critico de sucesso das políticas que se queiram implementar
6	importa a valorização das diversas profissões, sublinhando o valor de cada uma delas para a saúde das populações
6	Aqui é que há um árduo trabalho a realizar face à desmotivação e desgaste generalizados dos profissionais de saúde. Para além de todas as condições materiais e de atenção aos sinais de desgaste, uma liderança eficaz parece-me fundamental.
6	Já abordado em comentários anteriores.
6	Sem dúvida que é necessário reter os bons profissionais, oferecendo-lhes boas perspetivas e condições de trabalho. Mas são necessárias regras mais claras relativamente ao pluriemprego. Há espaço para o setor privado, no entanto este setor tem tido uma posição confortável em Portugal podendo escolher onde se posicionar, assumindo que no fim da linha está lá sempre o SNS.
6	A nova geração de profissionais da saúde tem valores diferentes dos valores da geração fundadora do SNS e com as gerações mais imediatas, são mais focados no seu percurso individual e com baixa identificação com a missão do SNS. Seria importante compreender este "gap" geracional para poder dar resposta às expectativas destas novas gerações de profissionais ou trabalhar para uma maior adesão e identificação com os valores e m
6	Complementaria esta tese com a necessidade emergente do desenvolvimento de praticas colaborativas inter e transdisciplinares, suportadas pela promoção de uma cultura de verdadeiro

- 
- trabalho em equipa onde as competências de todos os "atores" são valorizadas e rentabilizadas no foco à resposta efetiva às necessidades em saúde e de apoio social dos nossos concidadãos.
- 
- 6 o SNS assenta em profissionais motivados e com formação de qualidade inicial e contínua. a sua organização em carreiras profissionais em que a diferenciação e evolução ao longo do tempo é acompanhada com avaliação e progressão salarial. A avaliação interpares com provas públicas em momentos a definir e a atualizar aos tempos de agora é fundamental para dignificar a progressão e a valorização pessoal e profissional.
- 
- 6 Os enfermeiros vivem níveis elevados de exaustão, com contratos individuais de trabalho sem sair do primeiro nível remuneratório há 19 anos, ou seja, duas gerações... Como motivar estes profissionais? com uma carreira digna e condições de trabalho ajustados ao seu nível de complexidade; avaliação regular dos riscos psicossociais e, mobilizando recursos que promovam a sua saúde mental e conciliação trabalho/família, bem como, o
- 
- 6 Será importante também haver consequências claras para os profissionais que de forma flagrante não contribuem para o bem dos serviços ou da população.
- 
- 6 As ideias-chave essenciais são: confiança; motivação; esperança; construir sentido de missão; profissionalismo. Isto é, para motivar e vincular profissionais a uma meta-organização como é SNS (organização de organizações), é necessário que sintam claramente que no SNS podem esperar e encontrar, simultaneamente: a) retribuição remuneratória justa, que lhes permita ter uma vida pessoal e familiar digna, com suficiente desafogo
- 

Conc RONDA 2

- 
- 5 parece que estamos, uma vez mais, a pensar/falar/escrever para curtíssimo prazo, e para os direitos/regalias dos profissionais de saúde. várias ideias: - quais as necessidades em saúde da população, e em função dessas necessidades, que profissionais (dos que já temos e algumas outras novas profissões...) precisamos? - onde, de que forma e em quanto tempo formamos esses profissionais? - que política de contratação temos de profissionais? (p.e. alguém compreende, a propósito do que referi em relação à promoção da saúde mental, que não exista contratação regular (p.e. anual) e planeada de psicólogos para os CSP? (assim como de outros profissionais) - existindo ordens profissionais em várias das profissões em saúde, que processos têm as Ordens de recertificação de competências, que garantam que os profissionais mantem as suas competências? - que desenvolvimento profissional é expectável para esses profissionais? e aqui sim as questões remuneratórias, progressão na carreira e afins
- 
- 5 relação entre necessidades em saúde da população, capacidade formativa, e política de saúde na relação com privado e setor social
- 
- 6 A chave da atração e retenção de talento no SNS passa pela autonomia das organizações e pela sua capacidade para evoluir de um controlo do tempo para uma gestão dos resultados. Flexibilidade, onde seja aplicável, é de extrema importância.
- 
- 6 A procura do aumento da "produtividade" levou ao fim de reuniões de serviço e de políticas de formação pós-graduada que também deverão ser referidas
- 
- 6 É necessário valorizar as carreiras com melhores salários para enfermeiros, médicos, mas também implementar um sistema de incentivos por metas contratualizadas por cada serviço; Valorizar nas carreiras especiais os doutorados independentemente de serem CITs ou Funcionários públicos e com respetiva valorização salarial; A passagem de um enfermeiro para enfermeiro especialista deve ser sempre acompanhada de ganha salarial e não a ficar o mesmo valor ou menos...como se propõe nos recentes concursos para especialista; Facilitar a progressão profissional com atribuição de pontos com a implementação de projetos de melhoria contínua nos serviços ou na comunidade; executar legislação na área da saúde ocupacional. É surpreendente como a DGS tem um plano e estratégia de saúde ocupacional e depois os profissionais não o veem implementados nos seus serviços (não são avaliados os riscos psicossociais; não há medidas corretivas por parte dos
-

---

gestores de serviço; não há investimento na prevenção da doença ocupacional efetiva além da vacinação, nem programas de valorização dos profissionais; não se reduz a carga laboral com aumento da idade (será possível um enfermeiro com 67 anos dar um banho a uma pessoa dependente nos cuidados intensivos, ou um enfermeiro de anestesia de pediatria ter a agilidade mental para cálculos e diluições de fármacos em contexto de reanimação ou carregar desfibrilhador para as salas (em que é exigida rapidez) ou indução anestésica segura a neonatos ou crianças? Deve se promover orgulho em pertencer ao SNS e maior flexibilidade na conciliação trabalho/família em particular quando são profissionais cuidadores informais e sem redes de apoio. Importa reduzir a idade de reforma a quem fez urgências e turnos noturnos...pois é completamente distinto o seu impacto comparativamente com quem faz apenas turnos diurnos (nem que seja por exemplo, um mês por cada ano de trabalho neste regime). Seria oportuno

- 
- 6 Fator Critico de Sucesso! Primeiro - saber concretamente os RH que temos e as horas de trabalho disponíveis para o SNS - ninguém sabe!!! Tem que se começar a falar de novas competências/profissões na saúde - ex.: Gestor de Caso; Gestor comunitário e juntar a tudo isto o papel das novas TIC/AI que farão tarefas hoje feitas por pessoas - será uma evolução inexorável!!!!
- 
- 6 Parece-me que este ponto está muito ligado ao anterior.
-

## TESE 7 - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NOS PROCESSOS DA MUDANÇA

### Conc RONDA 1

- |   |   |
|---|---|
| 5 | A inclusão digital não é apenas dos excluídos, ou seja, há muitos jovens que são ótimos em redes sociais, mas são inaptos em "burocracia" digital.  |
| 5 | É um tema que exige explicitação  |
| 5 | Adicionalmente a interoperabilidade entre sistemas.   |
| 5 | Concordo com o argumento. Contudo, ainda existem muitas desigualdades no acesso a cuidados de saúde independentemente da vertente digital.  |
| 5 | Importa investir em sistemas de inovação tecnológica mais user friendlies e não comprometam a qualidade e relação com o cidadão. Ir a uma consulta ou estar internado e ver a cara do profissional 100% no computador, indica a necessidade de se investir mais na humanização dos cuidados. A tecnologia deve apoiar os profissionais e estes não serem reféns dos registos, comprometendo a qualidade assistencial. Investimento na literacia em saúde e tecnologias que apoiem os cuidadores e pessoas cuidadas a serem mais independentes e com maior qua |
| 5 | Esta é uma das áreas onde tem de haver priorização com identificação clara do que é relevante ou não, com priorização. Já que nem tudo o que é novo vale a pena. Para além disso em certa medida, a possibilidade de ter mais investimento digital para alguns doentes mais literados deveria ser balanceado com mais investimento proativo junto dos que não são tão literados.  |
| 6 | No que diz respeito à inclusão digital, há que considerar as diversas barreiras ao acesso à cuidados de saúde digitais: dificuldades no acesso a computadores/Internet/etc., dificuldade em utilizar os dispositivos e dificuldade em aceder à serviços de saúde digitais, mesmo havendo acesso aos dispositivos e capacidade para os utilizar noutros contextos. Deve considerar-se também a heterogénea distribuição demográfica dos mais e menos capazes de utilizar estes cuidados, bem como os fatores que influenciam a literacia em saúde digital.     |
| 6 | processo clínico único centrado no cidadão  |
| 6 | Estratégia clara de saúde no digital. Ver recomendações da WHO para os Membros europeus - Regional digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030 - EUR/RC72/5  |
| 6 | A Saude Digital veio para ficar e vai ser uma ferramenta importante. Mas será uma ferramenta que alavanca os processos organizacionais  |
| 6 | Há que não deixar ficar para trás quem não tem capacidade de, rapidamente, adquirir literacia a este nível.   |
| 6 | Reforçaria se bem que implícito: a necessidade de implementação de sistemas seguros de proteção de dados pessoais e de prevenção de ciberataques; prevenção da infoexclusão dos nossos concidadãos com défices/incapacidades de literacia digital e com necessidades especiais (e.g. diminuição da acuidade auditiva e visual, etc.).   |
| 6 | É importante garantir que as competências em saúde digital sejam incluídas nos currículos de educação e formação de todos os profissionais de saúde.  |
| 6 | É absolutamente indispensável que o SNS disponha de visão estratégica e de um Plano para a transição digital e inovação tecnológica. Este Plano deve ser subsidiário e facilitador das medidas para a CENTRALIDADE do CIDADÃO, para a INTEGRAÇÃO de CUIDADOS e para a gestão dos percursos de saúde ... e não um Plano virado para a tecnologia como um fim em si mesmo!  |

### Conc RONDA 2

- |   |  |
|---|--|
| 5 | A inovação deve igualmente ser facilitada e partir dos profissionais que são agentes de mudança em colaboração com academia e empresas. É importante dar condições para que estes possam criar valor. Importa investir em partilha de boas práticas e fomentar programas de estágios e de projetos |
|---|--|

---

	entre instituições europeias e a nível nacional com os municípios para se alcançar a capilaridade desejada e a criação de valor em rede e de forma integrada.
5	a inovação tecnologia (digital) vai ser exponencial. e sim, vamos ter enormes assimetrias de acesso, aliás como temos hoje... passaremos de uma assimetria regional para a assimetria digital/geracional
6	A inovação tecnológica é, em si mesma, um poderoso fator de atratividade para os profissionais.
6	A partilha de informação é determinante para a Integração de Cuidados.
5	Acho essencial refletir porque queremos mais tecnologia e digitalização no sistema de saúde. Ambas devem ser apenas um instrumento para tornar a prestação de cuidados mais eficiente, segura e acessível. Devem poupar tempo de "ecrã e computador" na prestação de cuidados e ajudar o profissional a centrar os cuidados no cidadão, ter mais tempo para a relação profissional-utente.
6	Acrescentaria ainda a imperativa obrigação de usar os dados agregados que temos. Neste momento temos atualização automática de alguns dados sem estar muito claro por que razão aqueles dados são partilhados nem como foi o processo de decisão e os profissionais de terreno, que formam os observatórios locais de saúde estão às escuras no acesso e na possibilidade de partilha com a população sobre os seus próprios dados agregados.
5	Atenção às pessoas/utentes. Que não sejam afastadas do contacto pessoal, da comunicação facial, do toque, da empatia...
5	estrutura/parque informático tem de acompanhar evolução tecnológica exponencial

---

## TESE 8 - INVESTIR EM SAÚDE

### Conc RONDA 1

- |   |  |
|---|--|
| 4 | Esta formulação permite vários caminhos, nomeadamente a mercantilização dos cuidados de saúde.   |
| 4 | O Orçamento de Estado enquanto, instrumento ou meio de ação para Investir em Saúde, é inadequado.  |
| 5 | É preciso consultar as pessoas para perceber o que é para elas bem-estar e quais as suas prioridades e desenvolver metas com indicadores relevantes para planear e adjudicar as verbas necessárias e avaliar o sucesso dos programas de intervenção.   |
| 5 | Aqui, parece-me imprescindível uma boa integração das diversas políticas (Saúde, Social, Laboral, Educação, Investigação, Ambiente).   |
| 5 | Apesar de todos reconhecerem a pertinência da 'saúde em todas as políticas', a lógica financeira tem prevalecido, muito fruto dos incontornáveis constrangimentos orçamentais. É de facto necessário identificar onde queremos chegar e como é mais eficiente lá chegar - os cuidados de saúde só uma parte da equação. Novamente as barreiras dos ciclos políticos porque estas abordagens requerem gastar agora para ter benefícios mais tarde.  |
| 5 | Plurianualidade do planeamento e orçamento   |
| 6 | Indo ao encontro da tese 8, o investimento em cuidados de qualidade deve ser priorizado, em detrimento de cuidados mais acessíveis (que muitas vezes se tornam mais dispendiosos a médio e longo prazo). É, no entanto, preciso ter alguma cautela com os indicadores a utilizar nos mais diversos setores da saúde. Neste sentido, deve investir-se também na formação dos profissionais de saúde, articular com as universidades e centros de investigação e assim caminhar para uma abordagem de cuidados de saúde baseados em evidência.   |
| 6 | Trabalho em colaboração com o Ministério da Segurança Social. A saúde e bem-estar de uma pessoa dependente e seu cuidador dependem em muito do suporte social existente. O estatuto de cuidador informal existe, numa parte administrativa, da responsabilidade da segurança social, parece estar bem organizada. Contudo o seu desenvolvimento não foi em paralelo com a saúde. No setor da saúde o estatuto não é ainda uma realidade, sendo que para o bem-estar desta população contribuem outros aspetos ainda não satisfeitos, (parece não haver comunicação entre os dois ministérios). |
| 6 | Novas rúbricas: financiamento do bem-estar; financiamento da integração de cuidados e orçamento participativo local.   |
| 6 | Na Saúde, para o bom funcionamento dos serviços e conseqüente prestação de cuidados e garantia de equidade no acesso aos cuidados e tratamentos, os orçamentos deveriam ser plurianuais  |
| 6 | Defendo que se trabalhe para um Acordo de Regime   |
| 6 | importa que os ganho em saúde pela intervenção dos diversos programas sejam quantificados e divulgados enquanto valor também financeiro  |
| 6 | É só para lembrar que investir na saúde é investir no desenvolvimento económico da sociedade.  |
| 6 | Fundamental considerar e reforçar o planeamento em saúde como ponto de partida e chegada para uma gestão efetiva e eficiente do sistema de saúde, em particular do SNS.  |
| 6 | Importa ter métricas e disponibilidade e autonomia financeira para atingir os objetivos.   |
| 6 | A arquitetura orçamental do SNS deve ser radicalmente alterada, embora progressivamente. O SNS e as organizações que o integram devem ver-se a si mesmas como uma teia de laços com ações colaborativas, centrados no cidadão e orientados para obter resultados em saúde. Conviria evitar financiar organizações e atos, em si mesmo. Esta nova abordagem implicará alguns pilares centrais, como: a) Financiamento de base populacional-capitacional modelado pela complexidade (quantitativa e qualitativa) dos problemas e das necessidades de saúde a satisfazer; b) Orientação           |

para objetivos.

Conc RONDA 2

- 5 Como referido em cima, tenho dúvidas que haja capacidade para avançar de forma séria nesta matéria com a atual situação do nosso sistema. Conceptualmente concordo, mas tenho muitas dúvidas sobre que medidas poderiam ser implementadas no imediato que fossem úteis.
- 6 É fundamental afetar verba para a promoção da saúde e prevenção da doença contribuindo para a sustentabilidade do SNS,
- 6 Importa métricas e a sua divulgação pública e transparente e se foram atingidos os objetivos. A nível das políticas nacionais verifica-se omissão em relação à efetividade das políticas de apoio aos cuidadores informais.
- 6 O investimento necessário em saúde é aquele que é capaz de transformar a cadeia de valor para corresponder ao quadruplo objetivo: melhores resultados clínicos, maior satisfação dos doentes, maior satisfação dos profissionais e menores custos.
- 4 Os orçamentos são feitos na base dos anos anteriores com uma percentagem a mais para o ano seguinte. A ideia do orçamento zero sempre foi um desafio que a administração recusou!! Retomá-lo? O fim dos GDHs é fundamental: pagar por atos e não por resultados. Um orçamento por capitação faz mais sentido!
- 6 parece-me importante distinguir inequivocamente a questão do Orçamento para a saúde e o investimento em saúde. 1) orçamento deve ser real e não 'suborçamentação'. todos sabemos que de uma forma geral os hospitais têm suborçamentação para não agravar o défice do orçamento do estado. e todos sabemos que de tempos a tempos lá aparece um 'reforço orçamental' para pagamento de dívida. esta opção cria dívida, implica gestão da dívida, mas retira liminarmente capacidade de gestão as instituições... deveríamos também avançar para a ideia de uma 'lei de programação de investimentos em saúde' a médio prazo, cuja rubrica era assumida antes das discussões anuais do Orçamento do Estado. 2) investir em saúde tem, pelo menos, duas abordagens: 2.1) no tal orçamento das instituições, têm de haver uma rubrica para investimento das instituições de saúde. (obras de requalificação, aquisição de equipamentos e afins...) 2.2) e talvez a mais importante. investir em saúde é assumir o princípio de 'saúde em todas as políticas', a começar por política de saúde centrada na promoção da saúde o tempo de aulas de educação física nas escolas não afeta a saúde? (políticas de educação); o financiamento e apoio a população sénior não afeta a saúde? (políticas de Segurança Social) o rendimento das famílias não afeta a saúde? (políticas económica) o ordenamento do território não afeta a saúde? («políticas urbanísticas»)
- 3 Quando se fala em investir em saúde devemos pensar para além do investimento na prestação de cuidados de saúde. Temos de começar a orçamentar e executar os orçamentos da promoção de saúde - o nosso orçamento de promoção de saúde é 3 vezes inferior à média europeia. O orçamento em promoção de saúde tem de ser partilhado entre vários ministérios, dado que deve atuar nos vários determinantes sociais de saúde governados por diferentes equipas ministeriais, desde logo educação, trabalho, solidariedade e segurança social, cultura, habitação, etc. O ministério da saúde seria a equipa de pilotagem deste orçamento da promoção de saúde, para garantir que as estratégias dos diferentes ministérios contribuem para o bem-estar e saúde dos cidadãos.
- 6 Sugiro mesmo que o novo cargo de Secretária de Estado para a Promoção da Saúde - se acrescentasse e Bem Estar Ficava abrangida a situação das pessoas com doenças crónicas, crónicas complexas, multimorbilidade - não vão ter mais saúde, mas podem ter mais Bem Estar
- 6 temos que mudar a cultura dos próprios profissionais, que ainda é muito centrada na doença e no tratamento médico



**TESE 9 - GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO, INTELIGÊNCIA DISTRIBUÍDA E COLABORATIVA**

Conc RONDA 1

- 
- 4 parece me redundante com a tese 7
- 
- 4 Acho que necessita de ser melhor elaborado
- 
- 5 A colaboração nem sempre é baseada na evidência das suas vantagens, mas a existência de políticas que a promovam pode ser um mecanismo efetivo.
- 
- 5 sem comentários
- 
- 6 A informação está espartilhada, deve ser parte integrante do desempenho dos profissionais. Ser instrumento de apoio na tomada de decisão, para tal tem que estar carregada nos sistemas em uso.
- 
- 6 Esta tese está muito relacionada com as teses 5 e 7. Sem uma ótima rede de informação e tecnologia no sistema de saúde (incluindo o SNS) não é possível melhorar e progredir.
- 
- 6 Aumentar a transparência e prestação de contas com ferramentas de leitura inteligentes e acessíveis a todos.
- 
- 6 A adoção de modelos normalizados e standards internacionais é imprescindível.
- 
- 6 Urge cessar a cultura de poder centralizado dos Serviços Partilhados da Saúde e modernizar funcionalmente as suas aplicações, centrando-as nas pessoas.
- 
- 6 Considerar integrar em locais apropriados no SNS gestores de dados com recurso a ferramentas de Business Intelligence que analisem os dados gerados de forma a auxiliar nas decisões de
- 
- 6 Interoperabilidade
- 
- 6 Importa introduzir modelos de inteligência artificial que se traduzam na análise da informação em termo útil e estratégias otimizadas de governança em saúde.
- 
- 6 É necessário delinear uma estratégia para desenvolver sistemas de liderança, multipessoais e multidimensionais. Convirá evoluir progressivamente da dependência de alguns "líderes carismáticos".

Conc RONDA 2

- 
- 4 A formulação da tese é pouco compreensível
- 
- 4 E que tal falar de inteligência emocional?
- 
- 4 Falta informação sobre o que querem atingir com esta tese...
- 
- 5 A necessidade de um Observatório Nacional de Saúde é fundamental. Ainda o veremos a ser criado pela Comissão europeia, porque a DGS sempre se opôs. A elaboração de estratégias de saúde são uma abstração sem dados em continuidade...
- 
- 5 Como referido anteriormente parece-me que mais do que investir no exponenciar de ferramentas, ainda temos passos mais básicos a fazer como dar acesso aos dados a quem os devia trabalhar, clarificar como deveriam esses dados ser trabalhados e como deveriam estar a orientar políticas e conhecimento útil para a comunidade. É certo que ambos os percursos podem ser simultâneos, mas a escolher, acho esta parte mais básica mais essencial. Mais uma vez, os articulados estão muito focados no indivíduo quando um sistema terá de pensar mais no todo e na comunidade antes de aplicar a precisão do indivíduo.
- 
- 5 incorporar (e incentivar) também o conceito de 'organizações que aprendem'.
- 
- 5 Não tenho a certeza se compreendo a questão...
- 
- 5 teste 7 e teste 9... com aspetos similares
- 
- 6 A conceção dos Programas Informáticos tem de mudar também do paradigma de serem centrados nos serviços - S Clínico CSP; S Clínico Hospitalar etc. - e passarem a ser centrados nas pessoas - Apostar no Processo Único Eletrónico

## TESE 10 - NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO E GOVERNANÇA

### Conc RONDA 1

- |   |  |
|---|--|
| 4 | Se o SNS é a joia da coroa porquê incluir no planeamento o setor privado e social?   |
| 4 | Um modelo de governação que optimize recursos.   |
| 5 | Concordo com tudo desde que se acrescente aqui a consulta e participação das pessoas na definição de prioridades e estratégias, bem como a mobilização da sociedade para a defesa da sua saúde e do SNS. Assim, o Estado tem mais facilidade em demonstrar a sua inteligência :-)  |
| 5 | Concordo e julgo que percebi o sentido. Contudo, acho o texto um pouco vago. Tem de ser concretizado   |
| 5 | O modelo de governação deve estar assente, também, numa visão de impacto dos cuidados no estado de saúde da população.   |
| 6 | Qualquer modelo que seja adotado terá duas características fundamentais: autonomia + responsabilidade. Quem assume a responsabilidade, terá que assumir incentivos e penalizações, assumir o sucesso e o fracasso; afasta as nomeações por amizade política; contratação de profissionais dispostos assumir a responsabilidade de conduzir a organização ao sucesso. Há diversos mecanismos de contratação e incentivo que podem ser usados de forma eficaz e eficiente. |
| 6 | Gestão de proximidade.   |
| 6 | Grande desafio. Algo que deveria ser consensual abandonando-se qualquer carga ideológica.  |
| 6 | Diria que este aspeto é transversal a todas as áreas de atuação da política pública.   |
| 6 | Reforçar a qualidade do SNS é fundamental. A definição de uma estratégia de cooperação plurianual com o setor social e privado é fundamental para garantir crescimento e desenvolvimento do SNS, e responder às necessidades dos cidadãos identificadas. Obriga uma boa regulação e controlo.  |
| 6 | Neste modelo de governação e governança seja codesenvolvido num modelo de quadruplo helix de inovação: academia, end users, empresas e estado/poder autárquico e central   |
| 6 | Este processo deve acompanhar, ao mesmo tempo, a transformação do modelo de governação do País.  |

### Conc RONDA 2

- |   |   |
|---|---|
| 4 | E de onde parte a estratégia de cooperação? Dos bairros ou da cúpula? A ligação intrínseca ao sector social é crucial!  |
| 4 | Não me parece que as nossas instituições estejam preparadas para atuar em esquema matriz como parece ser a proposta do articulado. Mesmo no contexto hierárquico que deveria ser "simples" de gerir, vemos gestão sub-ótima a vários níveis. Não me parece que as respostas desarticuladas e sectoriais sejam uma consequência do modelo de organização, acho que são uma consequência da gestão pouco qualificada e da ausência de liderança e incentivos adequados para essa articulação pretendida.  |
| 5 | Neste modelo de governação falta o envolvimento de agentes promotores da saúde na comunidade desde logo juntas de freguesia, camaras municipais, associações, organizações não governamentais, coletividades, etc., cujo modelo de interação com o sistema de saúde pode ser ministrado pela metodologia da Prescrição Social, testada em Portugal e disseminada em países como Reino Unido, Canadá, Singapura, entre outros. O modelo governação para a saúde proposto ainda me parece demasiado centrado no sistema de saúde enquanto prestador de cuidados de saúde. |
| 5 | teste 10 e teste 8... investimento ...  |

- 
- 6 considero que deverá ser implementado/reforçado o conceito de «ações e políticas intersectoriais», sendo os municípios um parceiro cada vez mais relevante e interventivo.
- 
- 6 Imprescindível! E é agora ou nunca! Apostar na Estratificação do Risco Populacional que ajuda a sabermos e TERMOS NO RADAR quem necessita de mais cuidados e reorganizar a prestação tendo em conta essas necessidades. Sair do modelo de Gestão da Doença para Gestão da Pessoa com Doença - a todos os níveis de cuidados - mas determinante ao nível dos CSP Apostar nos PERCURSOS Assistenciais ( diferente de Processos ) porque consensualiza organização da prestação numa determinada área
-

## GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

### Conc RONDA 1

4	A frase "Estratégia plurianual de cooperação com o sector público e privado" é equívoca. Preferia, por exemplo, "Um planeamento plurianual da provisão pública de saúde, assegurando a centralizado da provisão direta e a identificação dos termos em que a presença supletiva do setor
5	Além da centralidade das pessoas. Qual é o papel do cidadão no sistema?
5	sem comentário
5	Reforço a importância de se ter em conta o impacto das políticas, não apenas em termos de custo-efetividade, mas também em termos de impacto no estado de saúde das populações. Talvez fosse importante, no âmbito deste item, reforçar a importância do nível primário de saúde
5	Não tenho a certeza se a centralidade das pessoas inclui também os profissionais, mas se não deveria ser incluída um novo item com esse ponto.
6	Concordo desde que os conceitos aqui expressos, como "centralidade das pessoas", correspondam ao sentido que lhe atribuo
6	Estratégia plurianual de cooperação com o sector público e privado e setor social. Envolvimento do ministério da segurança social para colaborar no bem-estar social (ajudar a resolver os internamentos sociais, melhorar as respostas na comunidade a nível de ERPI, Cuidados paliativos...)
6	Gestão de proximidade
6	Precisamos de um modelo de governação inteligente e adaptativo
6	completamente de acordo. Que TODOS estejamos à altura deste desafio
6	Acrescentaria: reforço e diferenciação das competências técnicas dos profissionais dos diversos níveis da gestão/governança da saúde
6	1. Centralidade nas pessoas 5. Estratégia plurianual de cooperação com o sector público, privado e social. Potenciar o envolvimento e participação de todos os atores e seus saberes transformados em competências na ação e nos processos de tomadas de decisão e definição de opções

### Conc RONDA 2

5	precisamos de uma administração pública para os tempos de hoje... repito a frase: na administração pública estamos amarrados a regras do tempo de 'filmes mudos a preto e branco' vivendo nós no tempo da Inteligência Artificial e Realidade Aumentada'...
6	Centralidade das pessoas --> Deveria haver uma centralidade na população e depois nas pessoas (quer utente quer profissional) Gestão da informação e do conhecimento --> mais do que gestão, neste momento é preciso produção. Abordagem sistémica própria da complexidade --> com liderança e incentivos alinhados nesta direção. Plano de investimento plurianual para o SNS --> desde que seja realista Estratégia plurianual de cooperação com o sector público e privado --> desde que não seja uma linha de financiamento de serviços não públicos passível de ser assegurada pelos serviços públicos. Dispositivo de análise, planeamento e direção estratégica --> que sejam públicos e consequentes Qualidade do discurso e os intangíveis da mudança: mobilização, confiança mútua e sentido de pertença --> Isto consegue-se com a cadeia hierárquica a fazer o que diz que vai fazer, se for em benefício do sistema Qualidade do Estado – do Estado “marreta” ao Estado “inteligente” --> bastaria não ser um entrave à qualidade.
6	Parcerias que se complementam e reforçam. Maior valorização do SNS. Mais investimento do Estado no SNS.
6	Quero acreditar que haverá atualmente condições para se percorrer este caminho

**ESTATUTO DO SNS - Aspeto que considera mais positivo do novo Estatuto**

Conc RONDA 1

2	A criação da Direção Executiva do SNS
4	O objetivo geral e a criação dos sistemas locais de saúde
4	A maior autonomia dos ACES
4	Este estatuto contraria a lei de bases aprovada
4	Sem opinião no momento.
5	A maior autonomia dos serviços para contratarem e uma preocupação com o bem-estar dos profissionais, nomeadamente no que respeita à progressão na carreira, ao tempo para dedicar à investigação e compatibilização com outras dimensões da vida para além do exercício profissional.
5	Atribuição de competências a nível local no que respeita à promoção de estilos de vida saudáveis e envelhecimento ativo
5	A criação dos SLS
5	Novo modelo de gestão descentralizado de autonomia com responsabilidade nos ACeS
5	A criação da figura do Diretor Executivo do SNS. Colocar a tónica no planeamento (nesta dimensão, considero que o SNS carece de um reforço de competências de gestão das chefias intermédias, uma vez que são elas que operacionalizam a contratualização interna. Sem esta transformação vai ser difícil transformar as organizações por dentro)
5	O conceito de proximidade, integração de cuidados e resposta em rede. A experimentação de um modelo de governação assente numa direção executiva com um conjunto de atribuições relevantes A participação dos municípios
5	a tentativa de poder vir a acontecer uma melhor articulação interinstitucional
5	Mais do que um ponto ou alínea do novo Estatuto do SNS, o importante é uma nova "cultura de estar e funcionar no SNS", deste se relacionar com a sociedade e de promover a participação dos cidadãos no seu processo de saúde e nos dos outros. Com o anterior, de 1983, apesar de fomentar a privatização do SNS, conceito político hoje caído em desuso entre todos os partidos, não limitou a que se fizessem coisas e iniciativas muito interessantes e se obtivessem excelentes ganhos em saúde. Mudaram as necessidades em saúde da população, mudou a forma de estar dos profissionais e os seus valores cívicos e sociais, mudou a tecnologia disponível, mudaram os critérios de bem-estar, a gestão dos recursos em saúde tem que ser de maior proximidade e com mais autonomia, enfim, o SNS tem que se adaptar aos novos tempos e continuar a garantir Saúde e Bem-estar às pessoas
5	abertura para a valorização dos profissionais, baseada no mérito e no desenvolvimento das competências necessárias a modelos inovadores de organização do trabalho.
5	O aumento da autonomia dos ACeS com o correspondente reforço das suas competências
5	A potencial autonomia, flexibilidade e rapidez, que o Novo Estatuto pode permitir, nos processos de decisão, por parte de quem gere as unidades de saúde, no que respeita à escolha dos recursos necessários para uma resposta eficaz, eficiente e adequada às necessidades das populações.
5	A criação de uma direção executiva do SNS, a possível autonomização dos ACES com o afastamento das ARS dos ACES ao nível da gestão intermédia, a separação entre o financiamento, a prestação e a definição de políticas de saúde.
5	Definição mais clarificadora da relação entre os setores público, social e privado
5	Autonomização das funções operacionais do Setor Público da Saúde das funções de tutela do Sistema no seu conjunto

5	Mais autonomia para os hospitais e centros de saúde Proximidade, integração de cuidados e resposta em rede Adequação das carreiras e correspondentes profissões aos objetivos da política de saúde; Garantia da equidade entre carreiras e seus profissionais; A dotação orçamental do SNS deve permitir que lhe sejam afetos os recursos necessários ao cumprimento eficiente das suas funções e objetivos e à sua sustentabilidade financeira É atribuição do município a celebração de parcerias estratégicas nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo.
5	Criação de uma Direção-Geral do SNS.
5	Relativamente à concordância com a frase anterior, concordo que a perspetiva deles tenha sido de urgência, mas não concordo que tal fosse possível dada a importância do assunto e a necessidade de ter um quadro legislativo estável e sólido o suficiente.
6	Referência à "interoperabilidade, a interconexão, a digitalização e o acesso a dados pessoais do utente" nos sistemas de informação em saúde
6	Autonomia dos ACeS.
6	A natureza pública da gestão dos estabelecimentos e serviços que integram o SNS e maior capacidade de decisão
6	A serem uma realidade serão os SLS. Contudo é mais uma estrutura intermedia que pode burocratizar a atividade (governação em Saúde de um ACeS)" Artigo 13.º Sistemas locais de saúde 1 — Os sistemas locais de saúde (SLS) são estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, realizam atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações e para a redução das desigualdades em saúde. 2 — Os SLS integram, por inerência, os estabelecimentos e serviços do SNS e demais instituições públicas com intervenção direta ou indireta na saúde, designadamente nas áreas da segurança social, da proteção civil e da educação, assim como os municípios, podendo ainda integrar outras instituições que operam no setor"
6	1.A possibilidade de criação da Direção Executiva. 2.Novo enquadramento jurídico dos ACeS que deixam de depender das ARS e passam a ter um novo estatuto jurídico (Cap III, Seção I): institutos públicos de regime especial, dotados de autonomia administrativa e património próprio, com responsabilidades de contratualização da prestação de cuidados de saúde primários com a ACSS, I. P., à semelhança do que acontece com as unidades hospitalares. 3.Constituição de sistemas locais de saúde (artigo 13º), enquanto estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, desenvolvem atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações. 4.Regulamentação do novo regime da dedicação plena (artigo 16º), a negociar com as estruturas sindicais do sector, em diploma próprio (ACT) a ser publicado.
6	A alteração da natureza jurídica dos ACES, considerando-os institutos públicos de regime especial
6	Dar cumprimento ao estabelecido no Artigo 8º da Lei 52/2022 - PROXIMIDADE, INTEGRAÇÃO DA CUIDADOS E RESPOSTA EM REDE
6	"Fala" na Integração de Cuidados e defende o conceito de Sistema de Cuidados Integrados
6	Consagração de um maior envolvimento do cidadão e das organizações que o representam em cumprimento da Carta para a Participação Publica em Saúde.
6	Foco nos serviços públicos intersectorial e centrado no cidadão como fundamental para garantir os ditames constitucionais relacionados com a garantia do direito universal à proteção da saúde.
6	Maior autonomia financeira das instituições, mas porventura, ainda insuficiente
6	Dotá-lo do que poderá vir a ser um dispositivo de análise integrada e de "pilotagem" sistémica do SNS como um todo - com missão e sentido para as suas organizações e profissionais. A Direção executiva poderá vir a cumprir estes propósitos, ou não ... Mas, pelo menos, foi aberta essa janela de oportunidade

Conc RONDA 2

2	Criação da Direção Executiva
3	A tentativa de repensar e melhorar o SNS.
4	Assumir que as organizações de saúde são unidades desconcentradas de "holding" que é o SNS. Esta afirmação tem um enorme potencial transformador do relacionamento entre organizações de saúde aos mais diversos níveis.
4	procura 'isolar' a «gestão do sistema» da «politica do sistema»; aparentemente pretende achatar a estrutura hierárquica do SNS esvaziando as ARS de competências... este pode ser um bom principio, "deshierarquizar" mas fica a dúvida de associado a esse processo vamos assistir efetiva descentralização do processos de tomada de decisão, ou, a exemplo do que aconteceu com as sub-regiões de saúde, haverá maior concentração das decisões.
5	A maior autonomia dos ACes
5	Autonomia dos ACES.
5	Autonomia dos CA e dos CD para contratação e promoção de novos CRI Criação dos sistemas locais de saúde Potencial regime de dedicação plena
5	Clarificação da função de gestão do SNS no seu conjunto
5	Dar mais autonomia aos hospitais e aos centros de saúde nas contratações e ao nível do investimento.
5	O anunciado aumento da autonomia dos ACeS com algum reforço das suas competências
5	Organização dos serviços com recurso à tele saúde e cuidados no domicílio Direção executiva SNS, de entre outras Sistemas de informação com interoperabilidade Participação dos municípios Cooperação com entidades de apoio social e segurança social
6	Autonomia dos ACeS
6	Embora com alguma timidez fala mais em Integração de Cuidados e Sistemas Locais de Saude
6	SLS
6	Um dos aspetos positivos do novo ESNS , ao criar autonomia na sua gestão nacional e local, poderá ser o se tornar o processo de governação e gestão mais estável, institucionalmente mais responsável e com superior transparência na prestação de contas.

**ESTATUTO DO SNS - Aspeto que considera mais negativo do novo Estatuto**

Conc RONDA 1

4	Direção executiva do SNS Ausência de uma real integração de cuidados Ausência de uma rede nacional de cuidados hospitalares e de cuidados primários
4	A criação de uma direção executiva do SNS
4	Sem opinião no momento.
4	A nomeação de um CEO vai gerar confusão
5	Não fica visível o investimento nos sistemas de informação, nomeadamente da compatibilização entre osos sistemas informáticos. No artigo 31º só se fala da articulação entre hospitais e a academia. E os CSP? Temo que isto revele que, mais uma vez, os CSP não sejam devidamente valorizados, nomeadamente no papel essencial que têm para a investigação sobre serviços de saúde.
5	Manutenção do Conselho de Comunidade.
5	A direção executiva sem a possibilidade de escrutínio dos cidadãos.
5	Embora o documento seja pouco esclarecedor na operacionalização da mudança, as poucas evoluções detetáveis vão no sentido da centralização de competências e lideranças, sendo omissos quanto às lideranças e competências de proximidade, que deveriam sair claramente reforçadas.
5	Falta de clarificação do papel regional no planeamento e gestão dos cuidados de saúde. Com a possível extinção deste nível orgânico, surge um risco de uma gestão demasiado centralizada e pouco adaptada às necessidades geograficamente diferenciadas. Os Sistemas Locais de Saúde pouco explícitos.
5	A complexidade e diversidade do sistema, gerando desfragmentação e agravando o esforço de coordenação entre os serviços. Regimes excecionais. A descoordenação nos instrumentos de gestão do desempenho: contrato programa, avaliação de indicadores, sistema de financiamento
5	a falta de clareza em alguns aspetos nomeadamente na ligação com o setor não público a manutenção do não reconhecimento evidente de todas as profissões da saúde
5	dúvidas sobre o papel da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde e da sobreposição de competências com outros órgãos
5	Indefinição do papel e competências dos Sistemas Locais de Saúde
5	Existe o risco de alguma centralização das decisões, assim como de uma excessiva burocratização, consumidora de recursos e de potencial energia criativa.
5	Pouca autonomia dos ACES, indefinição nos Sistemas Locais de Saúde, pouca clareza na definição de dedicação plena/dedicação exclusiva, indefinição no futuro papel do INSA, ARS e Municípios
5	a criação de dedicação plena dos profissionais do SNS é pouco clara. Necessita de ser mais clarificadora e definição de formas transitórias consistentes, que deverá ser fora deste Estatuto. a carga horária dos profissionais, principalmente médicos e a sua colaboração em serviço de urgência, também não poderá ser aqui, mas deveria apontar para uma contratação específica para trabalho no serviço de urgência. Poderia ser uma contratação específica mesmo não sendo equipas dedicadas, que não se justificam nem há capacidade em todos os hospitais com SU.
5	Inclusão de Estatutos segmentares (e omissão de outros) no Estatuto do SNS
5	Não ter em consideração a cooperação com ministério da cultura para: promover a saúde mental dos profissionais, cuidadores e pessoas cuidadas; As ideias promovidas no estatuto carecem de compreensão na forma como serão executadas.
5	Manutenção da generalidade das velhas estruturas do SNS.
5	Pouca clareza em vários aspetos que são remetidos para documentos próprios. Ora, sem termos a fotografia completa, este quadro geral poderá não ter aspetos suficientes para garantir o bom



	funcionamento do todo. Para além disso parecem-me ainda pouco claras as articulações e funções de algumas entidades no novo ecossistema.
6	Regime de dedicação plena dos trabalhadores médicos ser voluntário e não abranger todos os profissionais de saúde
6	- a fraca aposta na saúde pública, peça fundamental do sistema
6	se não devidamente regulado será este aspeto "Artigo 29.º Contratos para a prestação de cuidados de saúde 1 — Nos termos do n.º 1 da Base 6 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e para além das situações previstas no Decreto-Lei n.º 23/2020, de 22 de maio, tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, quando o SNS não tiver capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado e social e com profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade. 2 — Os cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS." Pode levar a um desinvestimento no SNS com recurso ao setor social e privado e assim gradualmente diminuirmos a resposta publica. Importa salvaguardar a gestão da prestação!
6	A necessidade de tudo regular, podendo correr-se o risco de ficar no "esquecimento".
6	A ambiguidade relativamente aos conceitos de articulação e integração de cuidados.
6	Saliento o estabelecido no Artigo 20º, "Fixação de Profissionais de Saúde em Zonas geográficas carenciadas", que será de pouca eficácia face ao que o SNS oferece e que transfere a responsabilidades para as entidades e organizações das regiões carenciadas, como autarquias, setor empresarial e setor social, a possível atribuição de alguns incentivos, incluindo o alojamento.
6	Muito normativo
6	Modelo excessivamente hierarquizado e com uma grande diversidade de estruturas.
6	Conceptualmente bem delineado mas com elevado risco ao nível da sua regulamentação face a políticas/intervenções setoriais que poderão ser conflituantes se não integradas e colaborativas (e.g. eventual sobreposição de competências entre as novas estruturas de governação e as atuais; potencial incompatibilização dos processos de descentralização dos processos de tomada de decisão e transferência de competências para o nível local com risco de tendência de verticalização do novo modelo de gestão (centralização vs autonomia efetiva?) por défices de lideranças, de recursos humanos e materiais, competências de gestão a nível local e intromissão ao nível da governação clínica (e.g. ACeS).
6	Continuamos a verificar que o foco da negociação da retenção de profissionais se cinge apenas a uma classe profissional, que apesar de extremamente relevante, não é única no SNS.
6	Não define com suficiente assertividade e clareza a natureza jurídica do SNS como uma "organização de organizações".

#### Conc RONDA 2

2	Pensar o SNS tão só como Serviço Nacional de Saúde provido, regulado e financiado pelo Estado e não como um Sistema Nacional de Saúde como totalmente regulado por um organismo público, parcialmente financiado pelo Estado e parcializado com os sectores privado e social nas áreas em que estes podem oferecer os cuidados em melhores condições de qualidade e proximidade.
3	A junção de vários diplomas num só sem aparente harmonização do todo nalguns aspetos e ainda com referência para outros documentos a serem definidos, mantendo duvidas sobre a aplicação do estatuto no terreno.
4	a nova lei de bases da saúde, incorpora elementos que resultam exclusivamente da visão ideológica dominante na assembleia da república no momento da sua aprovação. Alguém compreende o fundamento para a «exclusão» da possibilidade de 'parcerias publico privado' como uma de várias formas de gestão em saúde? (ver relatórios do tribunal de contas...) essa

visão ideológica dominante foi na AR mas não é na sociedade, na economia do país, e em bom rigor também não corresponde às expectativas que o utente/cidadão tem do funcionamento dos serviços de saúde. todos sabemos da influência política e por vezes partidária na saúde... mas ideológica...? lamentavelmente, a visão do SNS dos 'muy nobres' António Arnaut e João Semedo é romântica e não concretizável! (foram homens cuja produção política muito aprecio, e me ajudaram a ser que hoje sou) mas esse SNS, sendo forte, robusto e com capacidade de intervenção, não é fechado em si mesmo... não renega parceiros privados, nem relega o setor social para caridade... esse SNS de Arnaut e Semedo deveria olhar para privados e social como recursos de um país que devem ser potenciados. e o resultado em saúde, desenvolvimento, qualidade de vida, bem-estar e sustentabilidade, serão tanto melhores quando mais intersectorialidade existir.

- 
- 4 Poderia ter melhorado algumas das soluções que existiam no DL 18/2017 de 10 de fevereiro e não o fez.
- 
- 5 A criação da direção executiva do SNS
- 
- 5 Alguma confusão organizacional
- 
- 5 Este novo estatuto parece estar estruturado mais no sentido da centralização da gestão dos recursos da saúde, facto que parece contrariar a lógica de cuidados de saúde de proximidade, estruturados de acordo com as especificidades locais e regionais.
- 
- 5 O papel dos Sistemas Locais de Saúde, com competências vagas e pouco claras
- 
- 5 Os comentários mantêm se iguais ao questionário anterior
- 
- 5 Pouca objetividade de várias disposições
- 
- 5 Regimes excepcionais em várias matérias que apontam para a necessidade de reformas estruturais Ausência de sistema de avaliação do desempenho Complexidade e dispersão de estruturas
- 
- 6 Ainda tem medo das ações para uma verdadeira reorganização de cuidados centrados nas pessoas. Fala muito, mas no final não se vê como. Não há referência a uma política para a Doença Crónica e Multimorbilidade. Falar só de "Promoção da saúde " não é suficiente.
- 
- 6 Demasiada abertura ao privado.
- 
- 6 Direção Executiva
- 
- 6 Elevado risco de complexidade nas relações dentro do sistema, com superior burocracia e perda de energia transformadora. Não é a complexidade normativa e gestionária que facilita a mudança. Existe no novo ESNS uma indefinição quanto ao futuro papel das ARS no quadro de mudança. Temos de reconhecer que existe um importante nível de conhecimento, que poderá suportar com superior racionalidade e eficácia os processos de decisão ao nível dos sistemas regionais de saúde.
-

## ESTADOS GERAIS DO SNS

### Conc RONDA 1

- |   |   |
|---|---|
| 4 | Não gosto do termo "estados gerais ...", seria útil ter uma diversidade de visões nestas conferências, inclusive de pessoas que comungando dos objetivos e teses acham que não é o modelo de organização em SNS que melhor pode responder a esses objetivos |
| 5 | Esta proposta de certa forma vai de encontro ao que referi anteriormente da necessidade do enquadramento legislativo ter de ser desenvolvido de forma sólida. Espero que esta iniciativa possa contribuir em tempo para uma revisão dos aspetos necessários |
| 6 | Importância da discussão alargada é inquestionável. Sugiro como meta a identificação de prioridades de ação a nível local e nacional, no sentido do compromisso efetivo com as mesmas pelos atores locais e nacionais.                                      |
| 6 | Pela sua natureza, dimensão e percurso organizativo na saúde, o Alto Minho poderia ser um território a considerar   |
| 6 | Boa estratégia participativa  |
| 6 | Esta discussão alargada é relevante. Julgo, no entanto, que é importante elaborar um conjunto, não muito extenso, quer dos problemas concretos existentes quer de propostas de soluções exequíveis. Poderá eventualmente ser designada uma comissão par     |
| 6 | Para o sucesso desta iniciativa será necessário renovar lideranças e dar voz aos cidadãos.  |

### Conc RONDA 2

- |   |   |
|---|---|
| 5 | De uma forma genérica parece-me bem, ainda que tenha o desafio adicional de tentar influenciar um processo legislativo em curso, pelo que talvez seja relevante alinhar dentro do possível os temas considerados prioritários com os diferentes diplomas previstos de serem publicados ainda, para além de reter os pontos a alterar nos diplomas já publicados.  |
| 5 | Mas quem são os atores sociais relevantes? Não é mais do mesmo? os mesmos de sempre? Onde está a voz ativa das comunidades? das empresas? da academia?  |
| 5 | No que toca à divulgação dos resultados, deve ser pedido uma intervenção maior pela parte dos envolvidos, no sentido de consciencialização da importância do projeto, de forma a ser divulgado nas suas redes sociais pessoais e em projetos que estejam associados e não somente por aquelas da Fundação SNS. Além disso, não esquecer da importância e sondar formas de participação das camadas mais jovens. O envolvimento dos policy makers também não deve ser esquecido pelo que deveriam ser promovidos grupos de trabalho heterogéneos para a emissão das conclusões e realizado um esforço para a sua apresentação aos decisores das leis no nosso país (através de, por exemplo, apresentações individuais aos representantes da pasta da Saúde dos vários partidos) |
| 6 | Muito importante haver iniciativas credíveis que apresentem soluções e não só críticas. Importante que sejam abrangentes, isto é que não oiçam sempre os do costume... E que deem oportunidades a opiniões múltiplas e oriundas de vários quadrantes da sociedade. E que oiçam as pessoas. Não só as Associações de Doentes, que como todos sabemos têm as suas agendas e os seus interesses...   |