

**NOVA AMBIÇÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA**  
**FOCADA EM SERVIÇOS LOCAIS**

Junho, 2016

## NOTA PRÉVIA

Eis o ponto de partida do *movimento para a reforma* da Saúde Pública que visa envolver todos os seus principais atores. Compreende-se, por isso, que nesta fase, o documento de carácter estratégico, ora publicado, não convoque todas as dimensões da Saúde Pública, nem aponte o cronograma da implementação da Reforma.

O documento que esteve em discussão pública durante o período de 6 a 25 de abril de 2016 recebeu múltiplos contributos, dos quais 55 foram tidos em consideração.

Face aos desafios atuais, o papel esperado dos Serviços de Saúde Pública no quadro do Sistema de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde em particular, assume especial importância, sobretudo no que se refere a Unidades Locais.

Esses desafios principais têm, comprovadamente, relação com a atividade humana, incluindo comportamentos e estilos de vida. São, no essencial, resultado dos seguintes processos:

1. Alterações climáticas com efeitos na saúde dos cidadãos;
2. Epidemias descontroladas de doenças crónicas;
3. Resistência crescente dos agentes microbiológicos patogénicos aos antimicrobianos;
4. Progressão de desigualdades, iniquidades e desequilíbrios acentuados entre comunidades.

Estes fenómenos explicam a criação de plataformas inovadoras que facilitam a condução de operações dos diferentes programas focados a nível periférico, isto é, local, no âmbito do Plano Nacional de Saúde.

Também inovadora é a assunção do Delegado de Saúde como um autêntico facilitador de procedimentos, promotor independente de advocacia para a defesa de cidadãos utilizadores do Sistema.

## Atributos da Reforma

O primeiro conjunto de medidas apresentadas no Programa do XXI Governo na área da Saúde intitula-se “Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública”. Esta é a primeira Reforma global da Saúde Pública, após o esforço empreendido na viragem 1971-1974.

Sublinha-se, porém, que a Reforma 2016, designada como SAÚDE PÚBLICA PORTUGAL, continua a erguer-se em pilares que marcam a Escola Portuguesa onde se distinguem pensadores como Ribeiro Sanches, Passos Manuel, Ricardo Jorge, Francisco Cambournac, Gonçalves Ferreira, Aloísio Coelho e Arnaldo Sampaio.

---

---

É proposta a criação de uma Comissão para a Reforma da Saúde Pública, a nomear pelo Ministro da Saúde, presidida pelo Diretor-Geral da Saúde, que cuidará da implementação e acompanhamento da sua implementação e que, para tal, promoverá o acompanhamento do processo reformista de ora em diante (Anexo 1).

---

---

Enquanto principais atributos da Reforma, preconizam-se como responsabilidades dos Serviços de Saúde Pública:

1. Desenvolvimento e implementação dos Planos de Saúde (nacional, regionais e locais), enquanto instrumentos primordiais de gestão da intervenção em Saúde à luz do princípio da co-produção;
2. Planeamento, implementação, gestão, monitorização e avaliação de todos os programas de saúde de forma integrada, permitindo uma melhor eficiência de utilização dos recursos em relação às necessidades de saúde a nível local (no quadro do Plano Nacional de Saúde);
3. Identificação e atuação sobre as determinantes da saúde, incluindo determinantes sociais, nomeadamente com recurso a Estudos de Impacte na Saúde;
4. Intervenção no processo de contratualização dos serviços de saúde, quer públicos quer privados, no que se refere à identificação de necessidades, monitorização e avaliação dos resultados em saúde.

5. Identificação de funções e recursos humanos necessários, bem como instalações, equipamentos e sistemas de informação, que permitam a qualificação adequada e a posição autónoma no Sistema de Saúde, através de incentivos ao desempenho, de acreditação e de gestão de recursos próprios, entre outros.

## CONTEXTO

Face aos desafios atuais acima enumerados tornou-se notória a vontade profissional e política em criar condições necessárias para reformar a Saúde Pública baseada nos princípios fundadores da Escola Portuguesa.

A Reforma de 1971 teve como objetivos fundamentais: alargar o direito à saúde dos portugueses, sobretudo na área materno-infantil, possibilitar o planeamento das atividades para melhor rentabilizar recursos e descentralizar as operações através da criação de centros de saúde (primeira geração) em todos os concelhos do País.

A SAÚDE PÚBLICA PORTUGAL é construída num contexto bem diferente, uma vez que o País agora é:

1. Urbanizado, envelhecido e com desigualdades sociais persistentes;
2. Condicionado por fortes pressões económicas e financeiras, nacionais, europeias e internacionais, e por uma crise dos valores de solidariedade e cooperação no espaço europeu;
3. Aberto e candidato à obtenção de benefícios da sociedade da informação, do conhecimento e da inovação, das redes sociais e dos novos *media*, da “medicina de precisão”, associada à sensibilidade crescente, em termos de perceção, do ponto de vista das pessoas sobre o seu estado de saúde;
4. Dotado do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que é tido como um dos principais sucessos da Democracia que, aliás, foi erguido com respeito pelos fundamentos da tradição de Saúde Pública em Portugal e que contribuíram para progressos de relevo da saúde da população.

Reconhece-se que a Saúde não pode ser responsabilidade exclusiva do Estado ou dos serviços de saúde, mas sim de toda a sociedade, num esforço concertado do poder central, das autarquias, das empresas, do sector social, das organizações não-governamentais e dos cidadãos.

A reorganização de Serviços de Saúde Pública, a nível local, é considerada premente, uma vez que permitirá modernizar as suas infraestruturas e, por isso, também ganhar mais em saúde, tal como definido no Plano Nacional de Saúde. Ganhos que serão traduzidos, necessariamente, pela

. redução da mortalidade prematura.

## 1. Governança, estratégia e planeamento em saúde – Modelos de ação em saúde pública

Proteger e promover a saúde das populações e prevenir a doença, num esforço concertado de toda a sociedade para melhorar o nível de saúde e bem-estar e, também, diminuir as desigualdades, nomeadamente as desigualdades sociais em saúde são objetivos centrais da missão da Saúde Pública.

Em Portugal, a ação desenvolvida pelos Serviços de Saúde foi fundamental para as importantes conquistas alcançadas no século passado, designadamente o aumento da esperança de vida dos portugueses e a diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis, entre outras.

Os atuais desafios, que incluem a prevalência crescente das doenças crónicas, o envelhecimento, as doenças emergentes e reemergentes (sobretudo a resistência dos agentes patogénicos aos antimicrobianos), as desigualdades em saúde, as alterações climáticas e a mobilidade crescente da população, exigem soluções que têm de ser encontradas nas *malhas* do tecido social, político, cultural e económico do País.

As instituições e os atores sociais identificados, considerados como potenciais *agentes* de Saúde Pública, multiplicam-se: o Governo e as Autarquias; o Serviço Nacional de Saúde; os Setores Social ( como Instituições Particulares de Solidariedade Social) e Privado da Saúde; as instituições da Educação, Ciência e Investigação; as Organizações de Proteção Ambiental; as Associações de Profissionais e de Cidadãos; as Organizações Não-Governamentais; as Farmácias; o Setor Empresarial; os Cidadãos Não-Organizados e a Comunicação Social, entre outros.

Para que a Saúde Pública possa continuar a cumprir a sua missão terá de assumir um papel preponderante na ativação, coordenação e motivação da participação de parceiros, por vezes diferentes dos tradicionais, e de setores habitualmente considerados não responsáveis pela saúde das populações.

A governança da saúde (sobretudo, no sentido da *governance for health*<sup>1</sup>), baseada num modelo de ação *pan-setorial (whole of society)* e *pan-governamental (whole of government)*,

---

1 WHO Regional Office for Europe. Public health policy and legislation instruments and tools: an updated review and proposal for further research. WHO. 2012

aos diversos níveis (nacional, regional e local) constitui-se como uma das funções essenciais da Saúde Pública.

O modelo de planeamento em saúde, de base populacional, dinamizado pelas estruturas de Saúde Pública e a sua rede, que tem uma forte herança histórica<sup>2</sup> em Portugal, teve um novo impulso com o Plano Nacional de Saúde (2004 e 2012), e com os Planos Regionais de Saúde (2009), os Planos Locais de Saúde (2011), bem como com os programas prioritários de saúde (2011). Esta dinâmica visava recuperar o carácter instrumental e participativo do processo de planeamento em saúde (uma *coprodução*), e, ainda, colocar nas diferentes *agendas* (dentro e fora do setor da saúde) as principais necessidades de saúde da população.

Importa, também, aprender com a experiência longa e sólida dos serviços e profissionais de Saúde Pública e com os diferentes modelos de intervenção utilizados, no trabalho de proximidade que sempre desenvolveram com a comunidade, identificando as boas práticas e gerando evidência.

O Programa do XXI Governo Constitucional destaca a “implementação dos Planos Locais de Saúde, em cumprimento do Plano Nacional de Saúde”, sem prejuízo de ser promovida uma análise extensa e um debate alargado sobre a natureza, configuração, experiência e avaliação existentes dos modelos de ação em saúde pública.

---

---

### **Recomendações - Governança, estratégia e planeamento em saúde**

1. Desenvolver e implementar os Planos Locais de Saúde (PLS), como instrumentos de governança da saúde, promovendo, em todas as suas etapas, um processo participativo e *coprodutivo*, bem como um compromisso social que envolva cidadãos e todos os setores da sociedade;
  2. Criar os mecanismos que garantam a articulação entre a) o processo de planeamento em saúde de base populacional (Plano Nacional de Saúde, Planos Regionais de Saúde, Planos Locais de Saúde, Programas e Projetos); b) o processo de planeamento em saúde de base institucional (Planos de Atividades, Planos de Desempenho, Programas e Projetos de Saúde); c) o processo de contratualização dos serviços de saúde;
- 
- 

---

<sup>2</sup> Com E. Imperatori e R. Giraldes (1983), A. Tavares (1990), entre outros.

3. Definir o papel dos Serviços de Saúde Pública, enquanto gestão, coordenação técnica, execução e acompanhamento dos processos de planeamento em saúde, aos níveis nacional, regional e local.



## 2. Determinantes da saúde e Estudos de impacte na saúde (*health impact assessment*)<sup>3</sup>

A Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup> e os tratados da União Europeia<sup>5</sup> reconhecem a importância em procurar antever os efeitos sobre a saúde de todas as políticas públicas. Frequentemente, os efeitos das políticas públicas sobre a saúde não são antecipados se não forem desenvolvidos Estudos de Impacte na Saúde (*Health Impact Assessment*) de uma forma sistemática.

Esses Estudos de Impacte na Saúde (EIS) são instrumentos para concretização da *saúde em todas as políticas*, uma vez que podem prever as implicações que as políticas públicas (planos, programas e projetos) têm na saúde humana, com especial enfoque nas suas determinantes económicas, financeiras e sociais e, desse modo, apoiar uma tomada de decisão informada. De igual modo, os Estudos de Impacte na Saúde são promotores de equidade, pois permitem identificar grupos populacionais que podem ser mais afetados por determinada proposta e, portanto, permitir implementar mudanças capazes de mitigar os efeitos negativos ou potenciar os efeitos positivos. Os EIS baseiam-se, assim, em valores democráticos, de equidade, de desenvolvimento sustentável e uso ético da evidência. Constituem um método abrangente, com componentes qualitativas e quantitativas e, por isso, o processo encontra-se aberto a peritos de diferentes disciplinas e a cidadãos em geral<sup>6</sup>.

Por toda a Europa, tem-se assistido a um processo de aplicação sistemática dos EIS, promovido pela União Europeia, OMS e pelos próprios países<sup>7</sup>. Existem vários níveis de aplicação sistemática que podem passar pela imposição legislativa dos EIS ou pela produção de normas mais ou menos vinculativas. Além disso, diferentes países utilizaram diferentes

---

<sup>3</sup> Apesar de “health impact assessment” se encontrar traduzido para português em documentos legais da União Europeia (2006/89/CE) como “avaliação do impacte na saúde”, não se trata, no seu sentido estrito, de uma verdadeira “avaliação”, pelo que foi adotada, neste documento, a designação “estudos de impacte na saúde”.

<sup>4</sup> World Health Organization, Government of South Australia. The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Health Promotion International. 2010.

<sup>5</sup> Artigo 168.º do Tratado de Lisboa sobre o funcionamento da União Europeia que afirma que “um elevado nível de proteção da saúde humana deve ser assegurado na implementação de todas as políticas comunitárias”

<sup>6</sup> Gulis, G. and Fujino, Y. Epidemiology, Population Health and Health Impact Assessment. Journal of Epidemiology 2015;25(3):179-180

<sup>7</sup> Lee JH, Röbbel N and Dora C. Cross-country analysis of the institutionalization of Health Impact Assessment. Social Determinants of Health Discussion Paper Series 8 (Policy & Practice). World Health Organization. 2013.

modelos de EIS, desde os EIS independentes, passando por integrar os EIS nos Estudos de Impacte Ambiental, consequência de uma cultura e enquadramento legal distintos. A atual diretiva de *Avaliação do Impacte Ambiental*<sup>8</sup> está em fase de transposição para a legislação nacional, tornando mais premente e oportuna a discussão sobre uma possível aplicação sistemática dos Estudos de Impacte em Saúde.

---

---

**Recomendações - Determinantes da Saúde e Estudos de impacte na saúde (*health impact assessment*)**

4. Iniciar, em Portugal, o processo que defina os moldes da aplicação sistemática dos Estudos de Impacte na Saúde, bem como a sua operacionalização, devendo ficar concluído até ao final do primeiro trimestre de 2017; pretende-se que todos os níveis dos serviços de saúde pública, pelo seu âmbito, natureza e capital humano, participem.

---

<sup>8</sup> Diretiva 2014/52/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 16 de abril de 2014 que altera a diretiva 2011/92/EU relativa à avaliação dos efeitos de determinados projetos públicos e privados no ambiente.

### 3. Promoção da Saúde, Prevenção e Gestão da Doença

O Programa do Governo estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, sublinhando que, para obter ganhos em saúde, tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Revisão e Extensão a 2020 reforça a posição do cidadão no centro do sistema de saúde e tem, como eixos estratégicos, a cidadania em saúde, acesso e equidade, qualidade e políticas saudáveis.

Como estratégias investe-se no reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, através da promoção da literacia em saúde, numa cultura de proatividade, compromisso e autocontrolo (capacitação/participação ativa) para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*)<sup>9</sup> Para operacionalizar esta estratégia, foram criados o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março) e o Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica (Despacho n.º 4027-A/2016, de 18 de março), visando uma abordagem horizontalizada e integradora, no contexto dos programas de saúde prioritários (Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio).

Por outro lado, foram já criadas três plataformas: 1. para as doenças transmissíveis; 2. para as doenças crónicas; 3. para a saúde mental.

A gestão dos programas e projetos de saúde, centrada no cidadão, com ênfase na autogestão e na qualidade (bons níveis de literacia, boas práticas e uniformização de procedimentos), a adequada orientação do cidadão no sistema (para que seja alvo de cuidados no nível mais adequado) e a melhoria do sistema de informação que permite maior transparência na tomada de decisão bem como na monitorização e avaliação dos processos. A capacitação em saúde assume-se como uma estratégia da maior pertinência, visando dotar o sistema de saúde de parceiros ativos na gestão da saúde (promoção da saúde) e da doença (autocuidados).

Os Serviços de Saúde Pública nestas áreas, por inerência das suas funções e posição no Sistema de saúde e na sociedade civil, encontram-se num lugar privilegiado para assegurar

---

<sup>9</sup> Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Revisão e Extensão a 2020. Direção-Geral da Saúde. 2015

uma *governança inteligente* dos programas de saúde, alinhados com estratégias nacionais e regionais. Permitem a promoção da participação, que implique *empowerment* e *ligue* as ações dos diferentes *atores*, dentro (inclui os processos de contratualização) e fora do setor da saúde.

---

#### **Recomendações - Promoção da Saúde, Prevenção e Gestão da Doença**

5. Responsabilizar as Unidades de Saúde Pública (locais) pela condução de todos os programas de saúde a nível local, facilitando a sua gestão integrada e promovendo a eficiência;
  6. Assumir, por parte das Unidades de Saúde Pública (locais), um papel fundamental nos processos de facilitação da comunicação, com todos os que participam na prevenção e gestão da doença crónica, e de articulação sistemática e efetiva com os demais serviços de saúde e as ações de saúde na comunidade, nomeadamente através dos seguintes instrumentos: planeamento – Planos Locais de Saúde e programas de saúde, contratualização do desempenho das unidades do SNS; monitorização dos progressos na prevenção e gestão da doença; difusão e partilha de informação e boas práticas de prevenção e gestão da doença no seu conjunto;
-

#### **4. Serviços de Saúde Pública – Qualificação dos serviços de Saúde Pública locais: liderança, sistemas de informação, contratualização e acreditação**

A determinação de “uma nova ambição para a Saúde Pública” através, entre outros, de uma especial atenção dada à promoção da saúde, à prevenção e gestão da doença e aos PLS implica, necessariamente, um investimento na qualificação dos Serviços de Saúde Pública, na sua organização e autonomia, com especial enfoque nas suas componentes técnica, tecnológica, de desenvolvimento do capital humano e financeira.

No sistema de saúde e no SNS, os serviços de saúde pública são por natureza os que têm uma visão de base populacional, tendo por fim melhorar o estado de saúde da população promovendo a implementação de investimentos em saúde com ganhos de eficiência e equidade.

A Reforma permitirá aos Serviços de Saúde Pública aprofundar o seu papel no desenvolvimento e implementação dos Planos Locais de Saúde, no quadro do Plano Nacional de Saúde, da função de observatório de saúde e de vigilância em saúde pública, nomeadamente epidemiológica, entomológica e ambiental, na proteção da saúde e prevenção da doença, na gestão e articulação de programas de saúde, nos estudos de impacte na saúde, na promoção da saúde, na intervenção na comunidade, na contratualização em saúde e na governança da saúde, entre outros, bem como no exercício do poder de autoridade de saúde.

**Recomendações - Serviços de Saúde Pública – Qualificação dos serviços de Saúde Pública locais: liderança, sistemas de informação, contratualização e acreditação**

7. Promover a autonomia progressiva e responsabilização dos Serviços de Saúde Pública locais (USP) e regionais (DSP), de modo a que estes possam ocupar uma nova posição estratégica no sistema de saúde, equidistante de todas as instituições de prestação de cuidados de saúde quer públicas quer privadas.
8. Garantir que os Serviços de Saúde Pública devem ter uma base populacional, atendendo à divisão administrativa e territorial, à complexidade e dispersão territorial, devendo estes integrar todos os serviços de saúde pública do seu território de abrangência, designadamente a sanidade internacional, os laboratórios de saúde pública e a intervenção hospitalar da “saúde pública”<sup>10</sup>;
9. Qualificar progressivamente os Serviços de Saúde Pública, num processo de melhoria contínua, de acordo com o seu nível de desenvolvimento, os meios disponíveis, capacidade de liderança e modelos de organização adequados às necessidades locais, sendo este processo objeto de ensaio e regulamentação;
10. Criar uma rede de Unidades de Saúde Pública – piloto (Serviços de Saúde Pública Locais), com unidades selecionadas pela sua capacidade de adotar um nível elevado de boas práticas, beneficiando de um novo investimento em sistemas de informação e de processos de contratualização e acreditação qualificados. Esta rede partilhará, em articulação com os DSP, boas práticas e aprofundará, entre outros, o papel das USP no planeamento e governança da saúde, na promoção da saúde, na prevenção e gestão da doença e no desenvolvimento de estudos de impacto na saúde (ver anexo 3);
11. Dotar os Serviços de Saúde Pública com a capacidade e recursos necessários para, entre outros, garantir o apoio técnico indispensável à implementação do processo de Reforma da Saúde Pública, a nível regional e local, a partir do ano de 2017;

---

<sup>10</sup> O Despacho n.º 7216/2015 que cria os “serviços de epidemiologia clínica, investigação e saúde pública hospitalar” deverá ser objeto de uma análise e revisão cuidadas, face às orientações estratégicas da reforma da Saúde Pública que se encontra em curso.

**Recomendações - Serviços de Saúde Pública – Qualificação dos serviços de Saúde Pública locais: liderança, sistemas de informação, contratualização e acreditação (cont.)**

12. Desenvolver um sistema de informação de Saúde Pública, essencial ao processo de qualificação dos Serviços de Saúde Pública, com garantia de interoperabilidade com os outros sistemas de informação e de articulação entre os diferentes níveis, que permita o desempenho mais eficiente e efetivo das suas funções e a contratualização das USP;
13. Implementar um processo de acreditação, pela DGS;
14. Integrar progressivamente, a partir de 2017, na rede referida no n.º 10, as restantes USP, segundo critérios a estabelecer em Regulamento próprio, tendo em conta o seu nível de desenvolvimento, os meios disponíveis e modelos de organização adequados às necessidades locais;
15. Criar condições para a estruturação de um Gabinete de Comunicação por Serviço (território de abrangência) que vai fortalecer a visibilidade e intervenção em Saúde Pública, potenciando a eficácia e efetividade da sua intervenção;

## 5. Novo quadro normativo para a Saúde Pública do Século XXI

A Reforma da Saúde Pública não pode deixar de rever, atualizar e adequar à nova estratégia definida no quadro normativo alicerçado em princípios, valores e na experiência histórica da Escola Portuguesa.

Ao longo de décadas, foram sendo elaboradas normas de saúde pública, principalmente associadas à proteção da saúde. É chegado o momento de as analisar no seu conjunto, rever e atualizar, organizando-as coerentemente numa Nova Lei da Saúde Pública, nomeadamente através de um vasto processo de revisão e consolidação da Legislação atual.

Importa, também, simplificar procedimentos associados à função de Autoridade de Saúde e à intervenção dos serviços de saúde em áreas relacionadas com a Saúde Pública, de forma a maximizar os benefícios para os cidadãos e para a prática profissional, contribuindo, entre outros, para o Programa Simplex .

Desse modo, é constituído um grupo de trabalho que, até finais de 2016, elaborará as respetivas propostas.

---

### **Recomendações - Novo quadro normativo para a Saúde Pública do Século XXI**

16. Criar uma Nova Lei da Saúde Pública, que agregue, consolide, atualize e simplifique a legislação;
  17. Rever a legislação que, ao longo do tempo, foi atribuindo aos Serviços de Saúde Pública a responsabilidade por atos que não se enquadram no âmbito das suas funções principais (exaurindo e desviando os seus recursos, muitas vezes, escassos) em prejuízo de operações essenciais. A Nova Lei estabelece que o acesso às bases de dados das diferentes Unidades do Sistema é garantido às Autoridades de Saúde, uma vez observadas as orientações da CNPD.
-



## 6. Profissionais de Saúde Pública, Investigação e Formação

A qualidade dos profissionais, os conhecimentos, as competências (técnicas e *soft skills*), o entusiasmo e satisfação com as atividades desenvolvidas, o senso de iniciativa/proatividade para gerar valor e riqueza; tudo isto terá um forte impacto neste movimento que se pretende de Reforma da Saúde Pública. A defesa de causas, negociação, ativação da participação pública e comunicação são algumas das competências que os profissionais de Saúde Pública terão de saber utilizar, nas várias áreas da sua intervenção.

Os Serviços de Saúde Pública Locais e Regionais têm na sua estrutura e constituição profissionais de reconhecido mérito não dispensando um investimento no reforço das suas competências bem como provimento de número e diversidade de profissionais adequado aos novos desafios.

A continuada boa prática exige que nos serviços de Saúde Pública haja uma atividade sistemática de investigação e de formação de novos recursos (internatos médicos, estágios, formação pré-graduada).

---

### Recomendações - Profissionais de Saúde Pública, Investigação e Formação

18. Adequar e reforçar os vários grupos profissionais que caracterizam este universo, nomeadamente Médicos, incluindo especialistas em Saúde Pública, Assistentes Técnicos,

- Enfermeiros e Técnicos de Saúde Ambiental, entre outros; com prévio diagnóstico de necessidades a realizar até ao final de 2016;
19. Reforçar as competências nucleares na área da Saúde Pública, alinhadas pelas recomendações europeias relativamente às competências básicas, avançadas, treino específico de epidemiologistas em vigilância de saúde e resposta a doenças transmissíveis, em comunicação em saúde pública, e outras áreas relevantes;
  20. Simplificar os procedimentos de acesso e ingresso de outras áreas profissionais (por exemplo, nutrição, engenheiros, estatistas, psicologia, sociologia, ciências da comunicação, ciências da educação e ciências políticas, entre outras), sempre que adequado;
  21. Criar incentivos financeiros para a formação de médicos internos de Saúde Pública, bem como de enfermeiros e outros técnicos) e sua atração/fixação em territórios carenciados em recursos humanos de SP;
  22. Rever os programas de formação, pré e pós-graduada, na área da Saúde Pública dos diferentes grupos profissionais. Tal implicará a necessidade de revisão e desenvolvimento dos *curricula* académicos implicando o desenvolvimento de disciplinas específicas, ciclos de estudos especiais ou outros que se venham a revelar necessários;
  23. Criar uma agenda que defina prioridades para a investigação em Saúde Pública (e respetivas fontes de financiamento), alinhada com as grandes prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde;
  24. Criar incentivos à atividade de investigação em Saúde Pública, incluindo a nível local, a partir de necessidades de investigação identificadas também a nível local;
  25. Garantir o acesso a bases de dados bibliográficos a todos os profissionais de Saúde Pública;
  26. Garantir assessoria jurídica às Unidades de Saúde Pública.
-

## ANEXO 1 – Competências da Comissão para a Reforma

### Quadro 1. Competências da coordenação para a Reforma da Saúde Pública

---

A Coordenação para a Reforma da Saúde Pública deve:

- a) Integrar obrigatoriamente elementos da Direção-Geral da Saúde e de cada um dos DSP das cinco ARS, sendo Presidida pelo Diretor-Geral da Saúde;
  - b) Funcionar pelo período de três anos e apresentar relatórios de avaliação da implementação da reforma, no final de cada ano civil;
  - c) Articular-se especialmente com os outros grupos da reforma do SNS – Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados.
  - d) Apoiar tecnicamente o desenvolvimento da rede de USP-piloto;
  - e) Promover a qualificação progressiva dos SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA locais em termos a estabelecer em regulamento próprio.
  - f) Apoiar o grupo de trabalho para a produção legislativa, bem como outros grupos de trabalho criados no âmbito da reforma da Saúde Pública;
  - g) Considerar os contributos dos cidadãos e entidades que tenham manifestado ou venham a manifestar interesse em participar no processo de Reforma da Saúde Pública;
  - h) Promover a discussão mais abrangente da Reforma da Saúde Pública com todos os seus atores.
-

## Anexo 2 - Características das Unidades de Saúde Pública - Piloto

### Quadro 2. Características das USP- Piloto

---

As USP – piloto devem:

- a) Ser dotadas de meios adequados, incluindo telemáticos e sistemas de informação atualizados para o desenvolvimento das atividades que lhes permitam atingir um nível superior de desempenho;
  - b) Ser objeto, a partir de 2017, de processos de contratualização (que incluam incentivos institucionais e financeiros) e de acreditação qualificados;
  - c) Promover o alinhamento dos processos de contratualização dos serviços de saúde com as necessidades de saúde locais e os ganhos em saúde desejados;
  - d) Investir na melhoria do processo de planeamento local em saúde, com especial atenção aos aspetos da comunicação para a saúde, a partir da experiência com os Planos Locais de Saúde e dos resultados de um debate aprofundado sobre novos modelos de ação em saúde pública, incluindo as operações essenciais em Saúde Pública, tal como proposto pela OMS;
  - e) Colaborar na implementação de um modelo de avaliação do impacte em saúde, em articulação com as estruturas nacionais e regionais.
-