

2020
10, 12, 17 E 19 DE DEZEMBRO

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

RESUMOS E CONCLUSÕES

ORGANIZAÇÃO



APOIO



ORGANIZAÇÃO



APOIO



PATROCÍNIO

FUNDAÇÃO
LUSO-AMERICANA

FUNDAÇÃO
ORIENTE

Índice

Nota de Abertura.....	4
Integração e Continuidade de Cuidados Centradas na Pessoa	6
Redes de Proximidade, Continuidade e Coerência de Cuidados	13
Profissões e Profissionais de Saúde do SNS	16
Reforçar e Transformar o SNS como um todo	21
Encerramento.....	27
Conclusões.....	30
Notas biográficas.....	35

Nota de Abertura

Expresso as boas-vindas a todos os inscritos neste Congresso e os agradecimentos do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde (FSNS), por terem decidido participar nesta iniciativa. Este Congresso dá continuidade a uma reflexão de cerca de 10 anos dedicada a perscrutar horizontes e a produzir sugestões para a evolução, aperfeiçoamento e transformação do SNS.

A existência e as atividades desta Fundação têm sido possíveis com os apoios de fundações amigas, de organizações e de algumas empresas que têm ajudado a concretizar as suas iniciativas. No caso deste Congresso destaco os apoios recebidos:

- da APDH, que proporcionou a sua Plataforma de videoconferências para esta realização;
- da Fundação Oriente, nossa amiga e mãe pelo apoio logístico disponibilizado;
- da Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (FLAD), que concedeu apoio financeiro para a concretização deste congresso;
- da Ordem dos Farmacêuticos, que permitirá reconstruir o *site* da FSNS, atacado e destruído em 2019 com perda de importantes documentos e de muita história;
- da Câmara Municipal de Lisboa, que cedeu uma sala de um edifício na Freguesia de Alvalade com uma renda simbólica, que tem sido a base operacional de trabalho da FSNS.

Muito obrigado a todos.

Não vou maçar-vos com detalhes sobre esta jovem Fundação que iniciou atividade em 2011 e que celebrará o seu 10.º aniversário no próximo ano. Destaco, no entanto, a publicação de vários livros que constituem o núcleo essencial da memória da Fundação. Os três primeiros, decorreram dos congressos anteriores. O quarto está naturalmente marcado pelas vivências deste ano de pandemia. O quinto será o Livro deste Congresso, a publicar em 2021 e em linha com o Manifesto SNS 2021, de 01.12.2020 - um texto em sintonia com o Programa deste IV Congresso.

O Programa deste **IV Congresso SNS: Património de Todos** destaca e aprofunda quatro dos pontos mais cruciais do referido Manifesto: a) a integração e a continuidade de cuidados; b) o papel das redes de proximidade para a referida integração, propiciando a participação da comunidade e a cooperação intersectorial local; c) as profissões de saúde e os profissionais do SNS como o seu motor fulcral e d) a necessidade de reforçar e de transformar o SNS como um todo.

Termino desejando bom trabalho e que considerem muito bem empregue o tempo que dedicarem a participar neste Congresso.

Pelo Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – SNS

10 de dezembro de 2020

Víctor M. Borges Ramos (Presidente)

2020

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

10 DE DEZEMBRO



INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS CENTRADA NA PESSOA
Constantino Sakellarides

Comentadores: Paula Broeiro, Ana Matos Pires, Rui Lourenço

Integração e Continuidade de Cuidados Centradas na Pessoa

Constantino Sakellarides

Comentadores: Paula Broeiro, Ana Matos Pires e Rui Lourenço

Abordamos 3 questões fundamentais:

1. A ideia de integração de cuidados não é politicamente popular

Trata-se de uma noção difícil de explicar às pessoas e por isso os políticos, habitualmente, não gostam muito de falar de integração. É importante ter este aspeto em conta, pois para promover a integração, temos que adotar uma linguagem focada em aspetos que dizem respeito às pessoas e que a tornam numa questão visível e tangível. Nessa importância do discurso, o aspeto mais central e mais compreendido pelas pessoas é a ideia de gerir o percurso através dos serviços de saúde de que precisam. Esta é talvez a forma mais simples de dar visibilidade política à integração de cuidados.

2. Complexidade

A integração de cuidados é uma questão complexa, porque tem a ver com muitos aspetos do sistema de saúde. Assim, fazer progressos em termos de integração de cuidados, significa fazer muitas coisas ao mesmo tempo e implica profundas transformações. A integração não é algo que se faça ao de leve, à superfície e à margem do sistema de saúde e do Serviço Nacional de Saúde.

3. Gestão da mudança

A integração de cuidados não é algo que se faça facilmente, pelo que a gestão da mudança é um elemento fundamental para se conseguirem progressos.

Os sistemas de saúde são, em todo o mundo, muito conservadores e mudam com grande dificuldade. O discurso político que predomina é “mais médicos, mais enfermeiros, mais dinheiro, mais centros de saúde, mais hospitais”, mas raramente predomina ou vem à tona o discurso centrado na necessidade de transformar. Se pensamos em transformar, temos obrigatoriamente que pensar na gestão da mudança e é muito importante ter consciência das dificuldades que há em mudar. Porquê:

- A qualidade da governação e a crença que os governos têm de que a mudança se faz através das estruturas burocráticas da administração pública, que fazendo centrar na estrutura burocrática vertical, central ou regional, a mudança acontece. Nada mais errado.
- A forma como funcionam os media, sobretudo os mais tradicionais como a televisão, que têm um conservadorismo crítico muito acentuado: criticam muito, mas as suas críticas somadas significam habitualmente conservar, resistir e não mudar no sentido que é necessário.
- As redes sociais e seus enormes efeitos polarizadores. Se nos polarizam, perdemos uma capacidade fundamental para transformar, que é colaborar. Tudo o que seja polarização é um obstáculo à mudança.

- O capital social - precisamos de um capital social mínimo para poder transformar. O capital social tem vários elementos, como a capacidade de empreender, mas também a confiança que temos uns nos outros. Se perguntarmos aos dinamarqueses se têm confiança uns nos outros, 74% dizem que sim. Se perguntarmos aos alemães são metade, 45%. Se perguntarmos aos gregos, apenas 20% e os portugueses, 19%. Se as pessoas tendem a pensar que com este capital social é possível mudar, tem que repensar a matéria novamente: sem promover capital social, não há transformação.

Destes pontos advém a importância de promover e construir arquiteturas colaborativas, em que é central o conceito de **inteligência colaborativa** - capacidade de partilhar ativamente conhecimento com a intenção de convergir na realização de objetivos comuns e aprender conjuntamente com a experiência.

Sem estas reflexões sobre os obstáculos, dificilmente estamos equipados para tentar fazer parte de um processo transformativo. Para a gestão da mudança, há que considerar vários aspetos fundamentais.

Necessidade de enquadramento mínimo. Há algum tempo fizemos um enquadramento deste tipo, operacional e estratégico sobre o processo de mudança que deve levar a uma boa integração de cuidados. Demorou um ano a fazer e considerou vários componentes, que juntam vários elementos de transformação do SNS. Este enquadramento desapareceu e não está ativo. Mas temos recentemente um despacho do Gabinete da Ministra da Saúde, a propósito de retomar as atividades que foram interrompidas durante a primeira onda da pandemia, que diz que compete às ARS a integração de cuidados e a gestão colaborativa do percurso dos utentes. Portanto, há uma orientação do Ministério da Saúde para integrar cuidados e gerir o percurso das pessoas. Significa que há um mandato, embora represente um enquadramento mínimo.

Esse enquadramento serve para promover a **ação e a aprendizagem local**. Segundo David Hunter (2018), num sistema complexo a mudança é necessariamente adaptativa e no início do processo não há uma solução predefinida: é criada no decurso do processo de mudança. Como é que isso se faz em termos práticos? Há dois componentes: a) criar pilotos novos, projetos que façam a pilotagem e que procurem abarcar todos os elementos do processo de integração. Não se podem fazer muitos, porque são complexos e exigem grande investimento e motivar pessoas para fazer de forma diferente aquilo que não estão habituadas a fazer; b) localizar no terreno projetos que já existem e que incorporam a intenção de integrar e acrescentar novos elementos que os completem e tornem mais impactantes. O SNS+ Proximidade, com uma iniciativa que começou na ARS Norte mas que se alargou ao restante país, ajudou a criar estes projetos pilotos e a identificar outros já existentes, que precisam de investimento para a integração.

À questão da importância da inteligência colaborativa, acrescenta-se a importância de começar sempre com um **plano individual de cuidados** - instrumento que permite gerir percursos. Temos que ser capazes de colocar esta ferramenta sobre a mesa, mesmo em estadios iniciais de desenvolvimento. Fazendo isso, estaremos em condições de tentar

influenciar o sistema de informação de saúde, no sentido de uma maior integração e no sentido de uma hierarquização.

Este processo tem que ser enquadrado por **conhecimento científico** e tem que criar novo conhecimento, caso contrário não terá grande possibilidade de se disseminar. É importante associar aos projetos locais pensamento e análise científica e ao mesmo tempo transformar esse pensamento em aconselhamento científico para as políticas públicas. Feito isso, há um passo seguinte particularmente importante, que é fazer o **marketing social** daquilo que sabemos, baseado em experiências concretas do terreno e ao mesmo tempo sermos capazes de transformar as listas enormes de programas do governo, em estratégias locais. Assim teremos um melhor enquadramento para continuar a promover comunidades inteligentes e produziremos mais conhecimento que dará origem a estratégias públicas mais capazes de transformar o SNS.

Uma questão a discutir é a natureza das reformas: prometemos sempre transformar, mas o discurso que predomina é o discurso de acrescentar e não o de transformar. **Temos que acrescentar transformando**. As reformas da saúde são como os carros que nunca pegam à primeira. As reformas não acontecem como que por milagre. Começa-se, para-se, começa-se de novo, às vezes o ambiente é frio e não permite mudar muito, depois há janelas de oportunidade e convergência de vontades que permitem dar um salto qualitativo. O que temos que fazer é uma boa autópsia aos projetos que desaparecem: perceber porque morreram e qual foi a causa da morte. E uma das principais causas de morte é uma crença que o poder político tem no poder da burocracia: acreditam que as estruturas verticais que temos, o Ministério, as Direções Gerais, as ARS, os ACES e os CA dos hospitais, conseguem conduzir as reformas. Fazem despachos, leis e documentos á espera que esta máquina o transforme em realidade e nós sabemos que nunca acontece assim.

Acontece pelo contrário, **lendo no terreno quais são os momentos de transformação, quais os líderes locais que têm capacidade de atrair ideias novas e transformá-las em realidade palpável** e a capacidade de colocar o ouvido no chão, perceber estas transformações, interligá-las, dar-lhes força, disseminá-las, estudá-las melhor, dar-lhes base social de apoio de que precisam e dando linguagem áquilo que correspondem ao que as pessoas percebem que é importante e que correspondam ao que as pessoas pensam.

Na verdade, **não são só os políticos que não gostam da integração**. Os “donos” das estruturas verticais não querem ser integrados. São verticalizadores e têm um poder vertical que depende da sua especialidade, da sua posição no sistema. A pior coisa que se lhes pode dizer é que vamos ter uma relação horizontal em que vamos colaborar uns com os outros. Um exemplo muito bom é o da hospitalização domiciliária: tem o problema de aterrar num mundo sem perceber o mundo onde aterrada. Mas temos que cercá-los, dizer que é boa ideia o hospital descer à comunidade, mas tem que descer com as estruturas que já lá estão, para não se repetir ações e recursos.

Não podemos ser agentes de mudança se não percebermos os **fatores de resistência à mudança**. Caso contrário, damo-nos ingenuamente ao mundo e o mundo massacra-nos completamente. Um dos aspetos fundamentais é o baixo capital social, que tem dois

elementos muito interessantes: capacidade empreendedora, de tomar iniciativa e outro é a confiança que temos uns nos outros. Esses dois elementos são essenciais para assegurar o movimento e para deixarmos de ser apenas assistentes. E isto começa pela colaboração. **Na saúde, colaboração é um imperativo ético e não apenas uma vantagem individual.** As profissões da saúde têm um forte núcleo identitário, mas não têm interfaces colaborativas quase nenhuma e o foco identitário ocupa o espaço todo. Não devemos colaborar através da discussão sobre as competências de cada um, mas sim do contributo de cada um para o resultado que se podem obter nos cuidados aos doentes.

DISCUSSÃO

Paula Broeiro

Perspetivo a integração de cuidados no meu contexto de trabalho, que são os cuidados de saúde primários e realço alguns aspetos: a vida das pessoas reflete-se na sua pessoa e na sua saúde e conhecem-se os determinantes de sucesso na saúde, o impacto da pobreza na carga de doença, e que a inovação tecnológica tem trazido algumas questões como o agravamento das desigualdades em saúde. Este modelo de integração de cuidados é um desafio muito relevante: como é que se evolui sem deixar ninguém para trás? Sobretudo porque o percurso de saúde e doença varia de acordo com a idade, pelo que os modelos de integração têm que ser plásticos, consoante a população a que se destinam. É neste equilíbrio que às vezes é difícil montar um sistema maior e é por isso que olhar para o que se faz localmente que vai ser útil e ter reflexo no todo.

Um outro desafio é aquilo que nos cuidados individuais fazemos: colocarmo-nos na pele do outro e ter competência narrativa para se colocar no percurso do outro, na pele da pessoa que vai circular no percurso que as pessoas que se consideram mais influentes, desenham. No fundo, a mudança é uma mudança de paradigma: como é que deste percurso centrado nos processos e na doença se transforma num percurso à medida, mas sendo eficiente?

Um desafio que parece mais relevante para quem presta cuidados e no circuito dos doentes, é como conseguiremos garantir acesso, para o cuidado certo, no lugar certo e no momento certo, sem sobressaltos e sem descontinuidades. Isto faz pensar que temos que mudar a própria cultura. Mesmo estes projetos considerados piloto, são sempre projetos interessantes, mas muito hierarquizados, muito partindo do hospital para a comunidade. Por exemplo, lembro-me da hospitalização domiciliária que nunca consideram como pares os cuidados de saúde primários como agentes desta mudança. Partimos do princípio de que temos que mudar também alguma coisa naquilo que é a hierarquia da prestação de cuidados e das profissões de saúde. Temos que ser pares uns dos outros e aqui o grande desafio é sobretudo a questão do trabalho colaborativo. Em saúde muitas vezes somos concorrentes: entre especialidades médicas e entre profissões de saúde, mas somos todos precisos, assim como os doentes e os cuidadores.

A mensagem que queria deixar é que quando pensamos em integração de cuidados, temos que nos descentrar deste modelo de cuidados centrados no hospital, porque este é uma ínfima parte do percurso de saúde das pessoas. O enfoque deve ser nas comunidades

inteligentes e no trabalho colaborativo. Temos que deixar o pensamento linear das doenças e os processos das doenças para nos focarmos nas pessoas. É um exemplo da necessidade de trabalho colaborativo e de perceber que o todo colaborativo é mais que o somatório dos todos individuais.

Rui Lourenço

A integração de cuidados envolve aspetos que para o dia a dia de quem está no terreno, são árduos. Reflete-se sobre o tema, de forma geral, mas depois de forma pragmática temos dificuldade em levar para o terreno.

Quando fazemos uma intervenção sobre esta temática, temos que colocar algumas questões: como é que se concretiza integração num conjunto fragmentado de serviços com avaliações separadas, com demora no atendimento por má transmissão de informações entre serviços e protagonistas e uma enorme perplexidade diante da complexidade do sistema? Como é que se cumpre integração de cuidados numa situação em que muitos dos utentes têm várias multimorbilidades, muitas questões relacionadas com a forma como ao longo da vida interagimos com o sistema enquanto cidadãos? Há exemplos daquilo que é por exemplo um projeto da ULS Litoral Alentejano em que, partindo de um problema concreto (número de utilizadores excessivos da urgência do hospital), identificou-se um problema de saúde que permita um modelo de intervenção naquilo que é o percurso das pessoas no sistema de saúde.

Para problemas de grande complexidade, falta fazer algumas experiências naquilo que é a estratificação do risco. Isto é, ao longo do tempo face aquilo que é o risco conhecido e para isso temos a informação do registo eletrónico. Todos sabemos que nas questões de grande complexidade, se não tivermos uma estratificação do risco teremos dificuldade em fazer a integração de cuidados ao longo da vida. Há bons exemplos de estratificação do risco, no caso o País Basco, e que dá uma oportunidade a que, quer os cidadãos, quer os profissionais de saúde, se unam em torno de objetivos concretos, e não cedendo a estímulos, como a integração de processos sobretudo em torno de problemas que têm a ver com a multimorbilidade. São excelentes exemplos e já muito trabalhados a nível dos sistemas de saúde, são um passo importante para que por um lado se implementem processos de gestão de caso (há alguns exemplos a nível hospitalar na ortogeriatría) e são coisas simples como esta que acho que tem resultado e que são claras para as pessoas (profissionais e cidadãos). Passar da discussão para a prática implica centrarmo-nos em três ou quatro aspetos que sejam tangíveis para a maior parte das pessoas e que se possam colocar no terreno.

Há vários exemplos de integração, sejam as vias verdes sejam as ULS. O mais importante na forma como se faz é partir de experiências práticas, fundamentalmente naquilo que respeita a multimorbilidade e ver que necessidades há que nos levam à integração de cuidados. Para discutir isto, todos têm que perceber bem como é que se faz integração de cuidados quando temos problemas de grande complexidade, como é que a formação dos profissionais pode contribuir, porque têm que conversar entre si, não sobre o seu próprio plano, mas sobre o plano de saúde das pessoas. E aqui a estratificação do risco é essencial para percebermos onde vamos pegar e é este o caminho a seguir.

Ana Matos Pires

Em primeiro lugar parece que a literacia em saúde é uma área completamente abandonada, que teve um pequeno impulso que em pouco tempo se perdeu. Importa perceber como pode ser recuperada, trazida de volta porque não é possível compreender como poderemos fazer qualquer tipo de integração sem que o nível de literacia aumente. O que é que aconteceu à iniciativa SNS+ proximidade? Abrindo o site de qualquer ARS, o que se vê é a divisão dos vários níveis de cuidados e a palavra integrados só aparece nos cuidados continuados, o que não faz qualquer sentido porque a integração de cuidados tem que ser geral e abranger todos os níveis. Deve promover-se a máxima da pessoa como centro dos cuidados, com um “tapete rolante” que lhe permita circular por onde necessite e não sendo empurrada de um nível de cuidados para o outro e depois devolvida ou não ao local de origem sem nenhuma continuidade. Não pode haver integração sem real continuidade de cuidados.

A integração não é só mal vista pelos políticos: também o é pelas estruturas e pelas pessoas, nomeadamente do SNS. Há uma dificuldade real de integração de cuidados não só entre diferentes níveis de cuidados como entre diferentes especialidades dentro do mesmo nível. Como vamos fazer verdadeiras avaliações quando no fundo aquilo que está a ser avaliado são números? Não acho que a saúde não deva ser medida e deve ter indicadores e avaliadores. Mas mais importante que o número de atos é a qualidade dos cuidados prestados. A saúde mental é um bom exemplo da necessidade desta integração e continuidade de cuidados até porque os aspetos preventivos em saúde mental são não só clínicos, mas também profundamente sociais e os cuidados primários são por excelência o sítio ideal para se fazer uma boa promoção da saúde mental e prevenção da doença. A integração multiprofissional é possível e a psiquiatria foi uma das primeiras áreas a integrar-se na saúde mental. Os projetos pilotos são importantes e têm mostrado as suas mais valias, mas não têm tido nenhuma continuidade. Não nos podemos ficar pela política do projeto piloto: este tem um objetivo e uma duração no tempo ao fim da qual tem que ser avaliado e se funcionar, tem que ser replicado.

O capital social é importante, mas dado o nível de confiança dos portugueses, como é que as estruturas (ARS, direções de serviços, conselhos de administração) podem conseguir fazer aumentar essa confiança entre os profissionais e se isso não é um facto importante para que as coisas se desenrolem de outra maneira? Aflige a multiplicidade de estruturas organizativas dentro do SNS. AS ULS respondem a quase 1 milhão de pessoas e apesar de concordar com a estrutura tenho dúvidas nos seus resultados, pela forma como são financiadas per capita, contra outras estruturas que são financiadas pelos atos médicos. Esta miscelânea dentro e fora dos mesmos níveis de cuidados é uma confusão e complica toda a tentativa de transformação que se queira fazer. A intervenção tem que ser mais abrangente.

2020

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

12 DE DEZEMBRO



**REDES DE PROXIMIDADE, CONTINUIDADE E COERÊNCIA DE CUIDADOS
MANUEL LOPES**

COMENTADORES: DANIELA SANTOS, RITA NORTADAS, MARIANA NETO

Redes de Proximidade, Continuidade e Coerência de Cuidados

Manuel Lopes

Comentadores: Daniela Santos, Rita Nortadas e Mariana Neto

Em termos de enquadramento, destaca-se:

- A dificuldade na acessibilidade aos cuidados de quem mais precisa (pessoas com morbilidade múltipla e dependência), particularmente com baixa literacia, baixos rendimentos, doença mental, dependência, solidão, isolamento, idosos.
- A procura depende da capacidade de perceber (literacia), de procurar (valores pessoais), alcançar (ambiente, transportes), de pagar (rendimentos) de se envolver (*empowerment*).
- São necessárias respostas diferentes que tenham a saúde e o bem-estar como desideratos humanos.

O bem-estar geral depende de vários aspetos:

- Proximidade (contextos de vida e domicílio);
- Autocuidado (literacia e capacitação);
- Sistema inteligente (telecuidados, sistemas inteligentes, processo individual de cuidados, trajetória de cuidados);
- Resultados em saúde (indicadores de funcionalidade e indicadores de bem-estar);
- Uma equipa (coordenação, continuidade relacional, continuidade longitudinal),

Para a existência desses aspetos, parece ser necessário:

- O desenvolvimento de um sistema de gestão do conhecimento;
- O desenvolvimento de um modelo de cuidados domiciliários;
- O diagnóstico de rede e competência dos cuidadores informais;
- O desenvolvimento de um modelo de cuidados para as pessoas institucionalizadas;
- O desenvolvimento de instrumentos de avaliação da funcionalidade;
- Um plano individual de cuidados;
- O desenvolvimento de trajetórias / percursos de cuidados;
- O desenvolvimento e integração de dispositivos de apoio ao telecuidado;
- A inovação social.

Propostas/sugestões:

- **Respostas de saúde centradas no bem-estar**, numa lógica de **proximidade**, que privilegie o autocuidado, com **sistemas de informação inteligentes**, onde seja possível identificar resultados em saúde, numa lógica de **continuidade**, com uma equipa multidisciplinar onde os saberes não sejam hierarquizados e que assegure a continuidade relacional e longitudinal.
- **Modelo de cuidados domiciliários**, que permita uma transferência adequada entre cuidados hospitalares e de cuidados de saúde primários, onde seja possível identificar

as **necessidades** ao nível da pessoa, o **diagnóstico de rede e competência dos cuidadores informais**, permitindo a **avaliação do risco e a adequação de cuidados**.

- As **respostas do SNS** não podem ser reativas, em função da procura, deve ser **proactiva em função do risco**, necessidades e dificuldades que o grupo tem.
- A vontade política está ligada com o tempo de legislatura, fazendo falta uma **estrutura independente que pense estrategicamente** (como o NICE, por ex).
- As pessoas que entram no lar perdem, desde logo, o direito à sua equipa de saúde. A hospitalização domiciliária tem de ser uma resposta construída em continuidade.
- A referenciação ser exclusivamente entre médicos é um problema.
- Os SPMS não podem construir **sistemas** sem serem **centrados em modelos**.

DISCUSSÃO

Daniela Santos

Para promover a proximidade, seria útil:

- dispensa de fármacos de proximidade;
- necessidade de ter equipas multidisciplinares de proximidade que identifiquem as necessidades das pessoas;
- ligação entre farmácias e cuidados de saúde primários e/ou hospitais com barreiras política ou outras que não se traduzem em melhorias para o utente.

Rita Nortadas

Quando o hospital e serviço de urgências são vistos como uma resposta isso é sinal da falência do sistema. Este, parece não se ter adaptado às necessidades da população, particularmente dos mais envelhecidos.

A hospitalização domiciliária traduz-se numa melhor literacia do doente e família, mas a hospitalização domiciliária que existe no nosso país há 5 anos é bidirecional, do hospital para casa e de casa para o hospital.

Muitas vezes o que corre mal é a comunicação, não leem a nota de alta e muitas vezes não compreendem. Por vezes enviamos para o centro de saúde e articulamos com os profissionais de saúde, via email, telefone ou presencial. Nas consultas on-line é fundamental identificar grupos de risco e haver estratégias e caminhos comuns.

Mariana Neto

Estamos perante sistemas adaptativos complexos e não conseguimos operacionalizar respostas para as necessidades identificadas, sendo a transição entre cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários muito complicada.

Não há um espaço comum em função do doente e entre cuidados de saúde primários e comunidade. Há muito trabalho a fazer junto do cidadão não doente para evitar que adoçam.

A interface entre o hospital e os cuidados de saúde primários deve ser gerida por uma entidade independente e o INSA tem um papel muito importante naquilo que se refere à saúde pública.

2020

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

17 DE DEZEMBRO



PROFISSÕES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SNS
Tiago Correia

Comentadores: Fernanda Santos, Júlia Valério, Rute Borrego

Profissões e Profissionais de Saúde do SNS

Tiago Correia

Comentadores: Fernanda Santos, Júlia Valério e Rute Borrego

“Recursos Humanos: crónica da inconsequência”

É necessário o reforço da centralidade e da importância dos recursos humanos (RH) em saúde, não só enquanto face visível de princípios ético-jurídicos fundamentais, como também enquanto **garantia de acesso universal e equitativo a cuidados de saúde, do respeito pela dignidade humana e da confiança nas instituições prestadoras**, e, pelo seu impacto financeiro ao constituírem 35-40% da despesa total em saúde, fator que por si só condiciona reformas nesta área.

Deve compreender-se a dimensão estrutural dos problemas e pressionar para ir além dos diagnósticos conhecidos e reportados na literatura que se resumem nos seguintes pontos:

- Desconhecimento sobre a real força de trabalho de saúde em Portugal;
- Desconhecimento sobre a força de trabalho desejável para o sistema de saúde português, quer pela diversidade de realidades de trabalho, quer pela indefinição de competências e desfasamento entre as áreas de governação;
- Despesa com RH ocorre maioritariamente no SNS;
- Dificuldade de contratação de alguns RH;
- Dificuldade de retenção dos RH pelo SNS;
- Incompreensão sobre os melhores modelos de organização do trabalho;
- Vulnerabilidade psicológica e física dos RH em saúde;
- O impacto da falta de planeamento na formação, disponibilidade, motivação e resiliência da força de trabalho.

No entanto, há ainda outras limitações na tomada de decisão política, nomeadamente:

- Indefinição sobre a arquitetura desejada para o sistema de saúde português;
- Indefinição sobre o modelo de governação do SNS;
- Indefinição sobre a orientação política;
- Ausência de **cultura avaliativa no SNS**, e, sobre os **modelos de formação e de trabalho**.

Como superar a crónica da inconsequência?

A solução passa por fomentar a pressão cívica e académica para tomadas de decisão consequentes e que respeitem alguns princípios como:

- Existência de reformas mobilizadoras;
- Clarificação da orientação e compromisso político;
- Definição de uma cultura de avaliação de resultados;

- **Responsabilização dos intervenientes**, quer das lideranças superiores das organizações de saúde, quer das lideranças intermédias e dos próprios profissionais de saúde;
- Escutar, fazer diagnósticos, gerar consensos, e organizar lideranças que orientem a força de trabalho garantindo uma **visão de conjunto** elementar ao funcionamento de um sistema tão vasto e complexo como o SNS.

Sugestões:

- Cumprir a Lei Nº 104/2015: criação do **Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde** e mandar um organismo para refletir sobre a definição, fontes, recolha, tratamento e utilização dos indicadores que compõem o Inventário Nacional de Profissionais de Saúde.
- Desenvolver e implementar um **sistema estandardizado de recolha de dados** de características demográficas e profissionais sobre todas as categorias dos RH de modo desagregado por setor público e privado, que permitam dados comparáveis por profissão sem os quais não é exequível avaliar o impacto de medidas de reforço e gestão da força de trabalho.
- Aplicar **inquéritos periódicos aos utentes**, sobre a aceitabilidade e a qualidade percebida dos RH, de modo a informar sobre deficiências a corrigir do ponto de vista da formação e competências.
- Desenvolver **sistemas de avaliação e monitorização dos RH**, dos seus fluxos, preocupações, objetivos e motivações.
- Definir uma **política para a estratégia de RH** desejada em Portugal que seja partilhada por decisores políticos e demais atores do sistema de saúde.
- Refletir sobre o **modelo de incentivos à fixação geográfica** em áreas carenciadas e no próprio SNS, nomeadamente, que dimensões devem ser incluídas além da financeira.
- Promover a **transformação dos serviços de RH** de serviços de pessoal em serviços de gestão de recursos humanos.

DISCUSSÃO

Júlia Valério

Na questão dos recursos humanos, há vários fatores que é necessário considerar, começando desde logo pelo facto dos profissionais serem centrais na confiança que os cidadãos depositam no sistema de saúde. Parece fundamental estimular uma cultura de avaliação e desenvolvimento científico na gestão dos RH. No entanto, verifica-se uma carência de sistemas de informação e de dados que sustentem um modelo de apoio à gestão e a ausência de uma política estratégica central e local, onde os serviços de RH são serviços de pessoal de gestão administrativa. Há ainda a evidenciar a necessidade de se apostar na formação em competências de gestão junto dos RH de saúde.

Relativamente à Psicologia, ficam três pontos de reflexão – o valor social dos psicólogos, a distribuição dos psicólogos, e, como os psicólogos avaliam as suas práticas. O reconhecimento social e económico do impacto da intervenção psicológica no campo da saúde, não tem sido acompanhada pela capacidade de reter e valorizar estes profissionais no SNS. Há uma lacuna

em termos de formação profissional, com o SNS a ser impedido de se constituir local de estágio profissional em Psicologia desde 2005, restringindo o acesso e a oportunidade de integração de força de trabalho renovada e atualizada nesta área profissional.

Quanto a estratégias que potenciem a fixação dos RH no SNS, realça-se a importância que podem ter estratégias locais. A título de exemplo, o valor da transparência da partilha sistematizada dos planos de ação e indicadores de desempenho pelos diferentes colaboradores, de estratégias de partilha interna dos elogios dos doentes aos RH, recebidos pelas administrações, ou, simples mecanismos de comunicação com mensagens de motivação e incentivo, que aproximam a natureza relacional entre os diferentes níveis institucionais.

Fernanda Santos

A carência recorrente de uma articulação intersectorial em torno dos RH restringe uma visão integrada e de longo-prazo, que por si só, compromete a tradução do diagnóstico de situação em soluções práticas, bloqueando a operacionalização das políticas públicas de RH. Simultaneamente, a necessidade imperiosa de se avaliar a qualidade quer do desempenho, quer da gestão dos RH, que garanta uma base de planeamento e melhoria contínua.

Relativamente à temática dos determinantes do desempenho profissional, torna-se importante discutir a necessidade de desenvolvimento de um mecanismo que garanta o ajuste da formação às necessidades futuras do SNS, a adaptação do quadro de competências das diferentes profissões à sua evolução técnico-científica, a reflexão do modelo de incentivos à fixação de profissionais em regiões com carências identificadas e sem capacidade de serem satisfeitas, chamando-se a atenção para o exemplo de Beja, que enquanto capital de distrito não conta com médicos de saúde pública.

A natureza dos incentivos deve ultrapassar a questão financeira, que é obrigatória, e incluir uma maior flexibilização dos horários, uma maior diversidade de locais de trabalho que permitam uma experiência mais enriquecedora e uma maior partilha de conhecimento e experiências com os seus pares.

Como pontos relevantes salientam-se a motivação dos profissionais e a descentralização da gestão de RH, que permita um planeamento antecipado da força de trabalho local e o contributo que os profissionais de saúde pública podem oferecer na área do planeamento e avaliação.

Rute Borrego

É incontornável a influência da fragmentação ao nível das políticas e dos modelos de prestação de cuidados na cronicidade dos diagnósticos na área dos RH em saúde, e o papel da formação académica no desenvolvimento de competências de interação multidisciplinar.

No âmbito da discussão partilhada, colocam-se duas questões:

- Relativamente, à centralização excessiva na definição de modelos assimétricos de cuidados de saúde, qual o potencial de desenvolvimento de estratégias

descentralizadas de gestão de RH que respeitem a complexidade e se sustentem em modelos de financiamento sistematizados por necessidades devidamente monitorizadas?

- A influência que a participação cívica dos cidadãos na gestão da saúde, papel enquadrado pela nova lei de bases da Saúde, pode vir a desempenhar na definição de políticas de RH do futuro?

Numa perspetiva sobre o formato e organização das carreiras, defendeu o papel construtivo que pode ter a formação contínua e obrigatória para acesso a novos patamares de responsabilidade e salariais, implementada numa lógica transversal a todas as carreiras, minimizando a compartimentação e diferenciação interprofissional. Da mesma forma, salientou o valor de um sistema de incentivos adaptados a cada modelo organizacional que vincule uma gestão e uma prestação de cuidados multiprofissional mais integrada, à semelhança do que existe nas USF-modelo B.

2020

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

19 DE DEZEMBRO



REFORÇAR E TRANSFORMAR O SNS COMO UM TODO

José Aranda da Silva

Comentadores: Dulce Pinto, José Luís Biscaia

Reforçar e Transformar o SNS como um todo

José Aranda da Silva

Comentadores: Dulce Pinto e José Luís Biscaia

Importa aqui abordar três tópicos:

O SNS antes da Pandemia

Parafraseando Fernando Pessoa *“não há futuro sem memória do passado”* pelo que é importante revermos o que se passou nos últimos dez anos. O SNS que hoje temos, foi objeto durante muitos anos de cortes a nível de financiamento que se refletiram no investimento em infraestruturas, equipamentos e recursos humanos. A recuperação do investimento no SNS, só em 2017 atingiu os valores de há oito anos, altura em que os cortes no Orçamento da Saúde atingiram 30%. Para além de se atrasarem investimentos indispensáveis em infraestruturas e equipamentos o mais grave foi o desinvestimento nas pessoas. As medidas tomadas levaram à desmotivação dos profissionais, com imigração de muitos milhares e passagem para o setor privado de outros. Os impactos das medidas de austeridade na Saúde tiveram um efeito negativo que levarão anos para recuperar.

A Publicação da lei de bases da saúde em 2019 é uma nota positiva. Sabemos que as leis por si não mudam a realidade nem o funcionamento das instituições, mas podem ser um estímulo para a mudança.

O SNS e a Pandemia

Analisando o que se tem passado **durante a Pandemia podemos dizer que numa forma global a resposta do SNS, dos profissionais e da população, apesar das dificuldades, foi uma resposta positiva.**

As dificuldades iniciais como o acesso a equipamentos de proteção individual e ventiladores acabaram por serem superadas e foram comuns a todos os países europeus. Houve algumas indefinições na decisão e o processo de comunicação inicial foi um pouco errático e pouco eficiente. Só não erra quem nada faz. A equipa ministerial fez tudo para que se resolvessem os problemas que foram surgindo. Alguns destes aspetos foram corrigidos e a resposta do SNS foi melhorando ao longo do tempo.

Reforçar e transformar o SNS

Nos próximos meses vamos estar ainda muito envolvidos no combate à Pandemia e não podemos baixar a guarda. A confiança na vacinação é fundamental e como explicou publicamente o Presidente do INFARMED Dr. Rui Ivo o processo de avaliação adotado foi determinante. Foram utilizados os procedimentos habituais, mas com um processo diferente avaliando-se os ensaios em simultâneo e não de forma sequencial. Está assim garantida a

eficácia e segurança das vacinas. O plano da vacinação já foi apresentado pelo Dr. Francisco Ramos e pela Sra. Ministra. Numa primeira fase, serão vacinadas as pessoas elegidas como prioritárias. Temos, no entanto, de nos preparar para as fases posteriores que exigem uma vacinação massiva no mais curto espaço de tempo. Temos de recorrer a todos os meios disponíveis para se garantir o cumprimento desse objetivo.

As dúvidas que havia sobre o SNS foram dissipadas. **O SNS demonstrou a sua indispensabilidade como serviço Público equitativo, de acesso universal e tendencialmente gratuito** como está consagrado na Constituição da República.

A Comissão Europeia (CE) dominada por interesses neoliberais subestimou a importância da Saúde no desenvolvimento económico. Considerou sempre a saúde como um mercado e uma despesa pública a controlar. Efetivamente as despesas com Saúde em muito países aproximam-se de 10% do PIB. Há uma mudança importante nas posições da CE concretizada nos documentos que apresentou e no discurso da presidente da Comissão. Em 2019 estava projetada a extinção da Direção de Saúde e Consumidores (DGSANCO). Hoje a Saúde parecer ser uma prioridade no contexto europeu. Temos de estar atentos e aproveitar estas circunstâncias

Temos de preparar o futuro ao mesmo tempo que combatemos a Pandemia. O futuro é já amanhã.

No Manifesto que a Fundação publicou em 1 de dezembro, apresentamos algumas propostas e sugerimos a hipótese de se criar uma “Unidade de Missão” que pensasse nesse futuro e propusesse um Plano Estratégico para três anos (final da legislatura).

A Maior parte da população e os políticos não têm noção da complexidade e dimensão e da complexidade dos sistemas de saúde e do SNS em particular. É um sistema com muitos profissionais diferenciados, com intervenções complexas na área da cirurgia, áreas clínicas e formas de gestão da saúde diferente das outras organizações. Lidam com tecnologias muito avançadas com constantes pressões dos fornecedores de tecnologias que tentam influenciar as decisões. Envolve centenas de milhares de pessoas de dezenas de profissões diferentes, parte significativa com elevado grau de diferenciação técnica e científica. A mudança de sistemas complexos tem de ser gradual e não é possível de forma abrupta e administrativa. É um erro pensar em mudanças por decreto. **As mudanças têm de ser graduais e envolvendo a base do sistema.** Recordemos a Reforma da Saúde Pública feita há alguns anos por decreto (proposta por Francisco George). A Pandemia, infelizmente, provou a sua ineficácia pois nada tinha mudado no sistema de Saúde Pública.

A reforma tem de ter em conta a necessidade de acompanhar o percurso dos utentes e não os interesses das instituições e profissionais. O nosso sistema de saúde e o SNS está capturado pela inércia de uma estrutura desajustada, que perdeu a perspetiva do que são os objetivos estratégicos do sistema. Os interesses particulares das instituições e profissionais sobrepõe-se aos interesses e necessidades dos utentes. Temos de vencer a resistência à mudança. Esta é a questão fundamental.

Todos falam em colocar o cidadão no centro do sistema, mas temos de encontrar formas de integrar o utente no processo de decisão. Os utentes parecem uma “barata tonta” perdida na complexidade de um sistema que funciona por “silos” com os pilares dos cuidados primários, hospitais e cuidados continuados. Temos de encontrar formas de romper este paradigma. Temos algumas experiências a decorrer em alguns ACES nomeadamente no dirigido pela Enfermeira Dulce Pinto comentadora desta sessão.

Outro aspeto importante é a utilização **de processos de inteligência colaborativa que promovam a mobilização dos profissionais, dos doentes, dos diversos parceiros que interagem com o SNS**, motivando-os para contribuírem para a melhoria da eficiência do sistema, que no fundo é um desiderato nacional. Devem evitar-se clivagens e tensões desnecessárias e que só prejudicam o funcionamento do SNS. Temos de vencer a resistência á mudança e gerir a mudança. Temos de encontrar formas simples de comunicação que mobilizem todos os intervenientes no processo de mudança.

Que fazer?

- Promover a mudança com base na integração e continuidade dos diversos cuidados e centrados na pessoa. Os sistemas têm de funcionar em função das necessidades do utente.
- Valorizar todos os profissionais de saúde, admitindo que vivem num sistema complexo de gestão difícil. Motivar através da garantia de **formação contínua e garantia de carreiras diferenciadoras da atividade profissional**. A motivação no serviço público para além da renumeração, está também ligada á estabilidade e garantia de futuro como se provou durante a Pandemia.
- Devemos promover e **motivar as características em liderança**. Para além de características inatas podemos desenvolver ações de formação e ensinar a liderar pelo exemplo e competência. Uma liderança eficaz é indispensável em sistemas complexos como a saúde.
- **O financiamento deve ser adequado às necessidades e superior à média da OCDE**. É necessário para suprir as necessidades do SNS de forma a poder responder aos desafios. O financiamento, é fundamental, mas deve também ser canalizado para a mudança do SNS.
- A Lei de Bases foi aprovada há 19 meses é importante regulamentar dando continuidade há sua aplicação. Quem é contra o SNS faz tudo para que não se concretize essa regulamentação. Deve ser colocada na agenda política a publicação do Estatuto do SNS.

“A Saúde é uma condição prévia, um resultado e um indicador de uma sociedade sustentável e deve ser adotada como valor universal e finalidade social compartilhada e objetivo político de todos” Manuel Lopes

DISCUSSÃO

Dulce Pinto

O SNS tem estado em permanente reforma como tem sido a evolução e a sua reconfiguração nestas últimas décadas. Na linha temporal da sua evolução e reconfiguração, centra-se a reflexão na “era integracionista”, onde nos devemos posicionar, com o enfoque na integração de cuidados ou integração do sistema, na atuação em rede e nas soluções de intervenção local. Importa discutir: o que se entende por serviços de proximidade e para que serve a proximidade com baixa resolubilidade dos problemas das pessoas.

Portugal tem uma excelente rede de CSP, uma enorme proximidade às populações, com um diagnóstico realizado e atualizado de uma forma muito periódica, com grande rigor, mas a capacidade de resolubilidade dos problemas das populações é escassa. Assim, no pós-pandemia os desafios serão vários:

- Repensar a rede, a integração e a proximidade com elevada resolubilidade dos problemas das pessoas. Por forma aos CSP deixarem de ser “uma porta giratória que dispara os utentes para os diferentes níveis de cuidados”.
- Atenuar o fosso entre qualidade técnica real que os profissionais de saúde identificam e a qualidade percebida pelo valor dos cuidados que se entregam ao cidadão.

Como é que a autonomia potencia a resolubilidade e proximidade dos ACeS:

Em primeiro lugar há que discutir o papel das **lideranças**: quem são as lideranças, qual o grau de responsabilidade e como se operacionalizam as responsabilidades no tempo e na intervenção. É necessário um investimento na formação das lideranças, na realização de uma discussão sobre a autonomia e responsabilidade e no trabalho entre os níveis de autonomia e responsabilidade.

A **complexidade do sistema de saúde** que é também altamente inteligente e aprendente e por isso a sua mudança não se pode fazer de uma forma simplista, daí a necessidade de ouvir as comunidades, as autarquias os clientes internos e externos ao SNS.

Fenómeno da **integração** que é um processo que tem que ser trabalhado e desenvolvido de outra forma. É um processo que nada tem a ver com articulação porque esta está centrada no funcionamento dos serviços e é um somatório de prestações de vários serviços. A integração diz respeito a oferecer no momento certo da rede de cuidados, o cuidado certo á pessoa certa e ao custo certo.

Não pode deixar de se mencionar o decreto-lei n.º 156/99 que criou os Sistemas Locais de Saúde que foram implementados de uma forma “ténue” e que por isso se deva visitar este conceito, e com os ajustes necessários e enriquecido com a experiência que esta pode ser uma via muito interessante para modernizar o SNS.

José Luís Biscaia

Importa refletir sobre os cinco eixos fundamentais para garantir num real processo de modificação e transformação do SNS:

Dispositivo de governação – criação de uma unidade de trabalho (*task force*) que deve cumprir três características essenciais: liderança técnica de referência; poder executivo, de preferência na dependência técnica do Ministro da Saúde e disponibilidade financeira. Como exemplos de boas experiências em Portugal de modelos de operacionalização de políticas de transformação em saúde identifica-se a Comissão de Saúde da Mulher e da Criança, a Unidade de Missão de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Unidade de Missão dos Hospitais SA.

Na área dos **Recursos Humanos** destaca-se o processo de **dedicação plena ao SNS** e a necessidade de se repensar mecanismos integradores e atrativos a médio prazo; a **definição das lideranças** e a importância de existir uma carta de missão associada a todos os cargos diretivos que seja monitorizada e avaliada periodicamente; a necessidade de se redefinir o espírito e estrutura das carreiras profissionais, associando-as a um trajeto de diferenciação profissional que permita assegurar aspetos tão relevantes como a cultura organizacional e a cultura coletiva de construção de uma estratégia de prestação de cuidados.

Construção de um **processo clínico eletrónico único**, centrado no cidadão como elemento-chave para permitir a gestão dos percursos de saúde de forma integrada. Um processo clínico deve ultrapassar a atual conceção de Registo de Saúde Eletrónico, que funciona como mero repositório de informação clínica, de várias fontes, sem acessibilidade ao cidadão e que não contribui para um Plano Assistencial Integrado. O novo processo deveria ser acessível em todos os pontos da rede de prestação e pelo próprio cidadão.

Relevância de uma maior **integração de saberes** entre a *workforce* de desenvolvimento tecnológico e a *workforce* de prestação de cuidados, de modo a facilitar uma visão estratégia funcional sobre a devida transição digital, que responda às reais necessidades dos profissionais e das pessoas.

Como último elemento do processo de transformação do SNS, a **gestão do conhecimento** como a base primordial. Neste âmbito, a integração de registos e dados em saúde, deve servir a construção de um portal de apoio à governação com uma estrutura de informação assente numa estratégia facilitadora da tomada de decisão, que permita ultrapassar a incontornável incerteza associada à gestão de sistemas de saúde com a transparência e disponibilidade do conhecimento disponível.

2020

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

19 DE DEZEMBRO



ENCERRAMENTO
Marta Temido
Ministra da Saúde

Encerramento

Marta Temido – Ministra da Saúde

Da intervenção de Sua Excelência a Ministra da Saúde na Sessão de Encerramento do IV Congresso SNS: Património de Todos, destacamos as seguintes notas e sublinhados, da responsabilidade da Comissão Organizadora do Congresso.

- O SNS mudou muito neste ano e passou a ter uma muito maior apreciação e exposição na comunicação social. Podem destacar-se algumas lições aprendidas neste período.

Uma primeira lição que podemos retirar é a da *enorme interdependência uns dos outros* o que nos deverá fazer refletir sobre como nos devemos posicionar perante o futuro.

Uma segunda lição aprendida é a de que perspetivar hoje o SNS é diferente de há um ano, com maior necessidade de flexibilidade - anteriormente predominavam abordagens limitadas por questões financeiras, redução da autonomia, abordagens redutoras da realidade. Agora mudou a perceção pública sobre o SNS, aumentando o seu valor e a sua credibilidade, tornando-o indispensável aos olhos da população.

Em relação ao Programa deste IV Congresso SNS, concordo que a integração de cuidados, as redes de proximidade, e as profissões e profissionais são os três grandes aspetos que é necessário trabalhar para transformar o SNS. Como?

Pelo lado do Ministério da Saúde, o próximo aspeto mais importante para operacionalizar é o trabalho em torno do Estatuto do SNS e dentro do Estatuto:

- a) os sistemas locais de saúde - um conceito a rever, reforçar e implementar, legislando-o de forma adequada. Destaca-se que os ACES e as suas equipas têm sido fundamentais ao longo da pandemia;
- b) profissionais e dedicação plena - como criar percursos profissionais mais atraentes no SNS que sejam compensadores e motivadores;
- c) lideranças – sendo fundamental a combinação entre ambição, humildade, resiliência e identificação com os valores da SNS. A necessidade de entreaajuda é crucial, mas também o é a visão do SNS como fator de coesão social. O sector da saúde como patamar de cidadania para uma democracia moderna tem de estar presente diariamente.

Em relação às propostas sobre criar “unidades de missão”, estas não têm a concordância da Ministra da Saúde. *“Deixam-me desconfortável por as ver como o concessionar as políticas de saúde a outros que não aos verdadeiros responsáveis”*.

Um dos processos mais importantes na pandemia foi a aproximação entre todos conseguida através das redes digitais e *webinars*, que nos aproximaram mais que as reuniões tradicionais. Porém, o digital precisa de ser melhor explorado para um trabalho em rede em função dos cidadãos.

Estamos de acordo na essencialidade da saúde e do SNS. De tal modo que a presidência da União Europeia e a presidente da Comissão Europeia assumiram o aprofundamento da UE da

saúde. Agora uma questão a considerar é de que forma o projeto de reforçar e aprofundar o SNS vai ser influenciado por esta UE da saúde. A agenda da presidência da UE no capítulo da saúde inclui três temas essenciais: *saúde digital*; *acesso ao medicamento* (por exemplo às vacinas); *saúde global* - feita de diplomacia e na defesa da cobertura nacional de saúde enquanto primeiro fator para o bem-estar das pessoas, numa lógica de uma só saúde com equilíbrio e preocupação com as gerações futuras.

A forma como vamos transformar o SNS, tornando-o mais resiliente, com profissionais mais motivados, com cidadãos mais confiantes no sistema e no seu direito à saúde é o grande desafio que nos convoca a todos. Os problemas no futuro exigem sociedades mais democráticas, mais maduras, com mais literacia em saúde. Devemos melhorar as respostas do SNS, tornar os cidadãos cúmplices de um novo pacto social para um desenvolvimento que nos permita ser felizes.

2020

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

19 DE DEZEMBRO



CONCLUSÕES
Victor Ramos

Conclusões

Víctor Ramos – Presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde

O IV Congresso SNS: Património de Todos deu continuidade a uma reflexão de cerca de 10 anos dedicada a perscrutar horizontes, a produzir sugestões e a motivar ações para aperfeiçoar e transformar o sistema de saúde português e o seu componente estruturante central fundamental, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os trabalhos do Congresso focalizaram-se em pontos considerados cruciais para o desenvolvimento adaptativo do sistema de saúde português e do SNS, designadamente:

- a) integração e a continuidade de cuidados centrada na pessoa;
- b) papel das redes de proximidade para a referida integração, propiciando a participação da comunidade e a cooperação intersectorial local;
- c) profissões de saúde e os profissionais do SNS como o seu motor fulcral;
- d) necessidade de reforçar e de transformar o SNS como um todo.

Sobre a integração e continuidade de cuidados centrada na pessoa

Foi destacada a necessidade de clarificar e de tornar mais compreensíveis os aspetos que dizem respeito às pessoas e que podem ajudar a que a integração e continuidade de cuidados sejam mais visíveis e tangíveis na prática. A ideia de proporcionar poder e capacidade para o cidadão poder influenciar e gerir o percurso através dos serviços de saúde de que necessita parece ser a abordagem mais apropriada.

Promover a integração e continuidade de cuidados implica interferir com vários atores, instituições e interesses, frequentemente desligados entre si, por vezes contraditórios. Implica atuar em muitos pontos, ao mesmo tempo. É algo que requer saberes aprofundados e competências específicas instalados de forma estável no próprio sistema de saúde e no SNS. Nunca com descontinuidades e à margem deste.

Integração e continuidade de cuidados centrada na pessoa requer obrigatoriamente existir para cada pessoa um registo-síntese de base, com avaliação clínica permanentemente atualizada, suficientemente abrangente, estruturada, sucinta, sem omitir nenhum aspeto relevante e da qual decorre o indispensável plano individual de cuidados. Este é o instrumento que permite gerir percursos de saúde e de cuidados. O sistema de informação de saúde deve estruturar-se em torno deste eixo, em vez de o considerar um detalhe periférico do sistema. A interoperabilidade entre aplicações é absolutamente indispensável para este propósito.

Para situações de grande complexidade será necessário avançar com experiências práticas como a da estratificação do risco, o que requer um registo eletrónico adequado para facilitar a integração de cuidados ao longo da vida, bem como formação dos profissionais dedicada a este processo. Estes, terão de comunicar entre si sobre o plano de saúde das pessoas de quem estão a cuidar.

Haverá que atender que os percursos de saúde e na doença variam de acordo com a idade e com as circunstâncias sociais de cada pessoa e família. Por isso, os modelos de integração têm que ser plásticos

e adaptativos consoante a população a que se destinam. Nesta diversidade será inadequado montar um sistema útil e é por isso que olhar para o que se faz localmente vai ser útil e ter reflexo no todo.

Integração, continuidade de cuidados e literacia em saúde são áreas interdependentes. Considerar a pessoa como centro dos cuidados implica também alterar modelos e processos de referência em que o doente é empurrado de um serviço ou nível de cuidados para outro e, depois, devolvida ou não ao serviço de origem sem nenhuma continuidade. Integração implica continuidade de cuidados.

Sobre o papel das redes de proximidade, participação e cooperação intersectorial

Foi muito enfatizado que as respostas de saúde devem centrar-se na promoção do bem-estar, numa lógica de proximidade, que privilegie o autocuidado, com sistemas de informação inteligentes, onde seja possível identificar resultados em saúde, numa lógica de continuidade, com equipas multidisciplinares onde os saberes não sejam hierarquizados e que atuem como coordenadoras e garante de continuidade relacional e longitudinal.

Um elemento central nas redes de proximidade é um modelo de cuidados no domicílio que permita e facilite transições adequadas entre cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados. Para que tal ocorra eficazmente terá de ser possível identificar as necessidades ao nível da pessoa, chegar a um diagnóstico de rede e promover as competências dos cuidadores informais, permitindo avaliar riscos e adequação de cuidados.

As respostas do SNS devem ser proactivas em função do risco, necessidades e dificuldades de cada grupo populacional. Haverá que corrigir inequidades e disfunções tais como, por exemplo: as pessoas que entram num lar perdem, desde logo, o direito à sua equipa de saúde; a hospitalização domiciliária deve ser cada vez mais uma resposta construída em continuidade, e não uma simples extensão do hospital para a comunidade; as referências limitadas à passagem de informação entre médicos, reduzem a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados integrados por parte das equipas, entre outros aspetos.

A rede de farmácias comunitárias pode e deve constituir um elemento plenamente integrado nas redes de proximidade, assumindo diversas funções e papéis, de forma coordenada, numa lógica de equipas multidisciplinares de proximidade com os restantes parceiros locais. Sempre centrados nas necessidades das pessoas.

Sobre as profissões de saúde e os profissionais do SNS

O planeamento e a gestão dinâmicos, em tempo real, das profissões e dos efetivos profissionais do SNS devem ser considerados prioridades de primeira ordem. As respostas adequadas, atempadas e qualificadas às necessidades das pessoas e da população assentam neste pilar central. A deriva dos últimos vinte anos, sem planeamento, sem investimento, sem inovação, sem governação competente do capital humano do SNS, ameaça seriamente a saúde e a equidade da assistência de saúde em Portugal. A explicitação de uma política e de estratégias abrangentes e coordenadas que visem: identificar, atrair e reter talentos e promover o desenvolvimento profissional e de competências ao longo da vida profissional, em todas as profissões, no SNS são necessidades emergentes.

A Lei Nº 104/2015 determinou a criação do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde, visando intervenções proactivas de um órgão que seja responsabilizado por refletir sobre a definição, fontes, recolha, tratamento e utilização permanente dos indicadores para a gestão de recursos humanos associada ao referido Inventário. Haverá que ter em conta todas as categorias de profissionais de saúde, desagregadas por sectores público, privado e social, bem como avaliar o impacto de medidas

de reforço e gestão da força de trabalho, seus fluxos, preocupações, objetivos e motivações. O objetivo é definir e ajustar regularmente estratégias de atração e de retenção de profissionais, que incluem, mas não se esgotam num modelo de incentivos à fixação geográfica em áreas carenciadas e no próprio SNS, nomeadamente, que dimensões devem ser incluídas além da financeira.

Foi assinalada a necessidade de monitorizar e avaliar sistematicamente as experiências percebidas pelos doentes / utentes. Tal pode ser feito por questionários, uns breves outros mais desenvolvidos, sobre a aceitabilidade e a qualidade percebida quanto á efetividade dos cuidados recebidos, bem como quanto à comunicação e relação com os profissionais, de modo a informar sobre medidas de organização de serviços, de formação e de desenvolvimento de competências.

Por outro lado, haverá que avançar para a articulação intersectorial em torno dos recursos humanos, criando uma visão integrada e de longo-prazo. Tal irá contribuir para enriquecer o diagnóstico de situação com soluções práticas, e inspirando inovações nas políticas públicas de recursos humanos em saúde. A gestão meramente administrativa de pessoal deve evoluir para uma gestão estratégica que contemple a atração e retenção dos mais talentosos bem como o desenvolvimento contínuo de competências e a formação ao longo da vida.

Foram ainda recomendados: a) explorar o potencial de desenvolvimento de estratégias descentralizadas de gestão de RH que respeitem a complexidade e se sustentem em modelos de financiamento sistematizados por necessidades devidamente monitorizadas; b) promover a participação cívica dos cidadãos na gestão da saúde, papel enquadrado pela nova Lei de bases da Saúde que pode vir a influenciar no futuro as políticas em saúde.

Sobre a necessidade de reforçar e de transformar o SNS como um todo

Foi repetido, por diversas formas, que o discurso político e mediático deve evoluir da simples necessidade de “mais médicos, mais enfermeiros, mais dinheiro, mais centros de saúde, mais hospitais” para um discurso centrado na necessidade de transformar. Para transformar um sistema tão complexo, é necessário promover e construir arquiteturas de ação onde o conceito de inteligência colaborativa é um elemento central. Esta, define-se como a capacidade de partilhar ativamente conhecimento e agir de modo concertado para realizar objetivos comuns e aprender conjuntamente com a experiência. Porém, este processo requer um enquadramento conceptual e estratégico que permita promover a ação e a aprendizagem local. Segundo David Hunter (2018) num sistema complexo a mudança é necessariamente adaptativa e no início do processo não há uma solução predefinida: é criada no decurso do processo de mudança.

Por outro lado, a ilusão das virtudes de uma cultura concorrencial em saúde tende a ser perniciosa e a causar mais danos do que benefícios. As atitudes concorrenciais, que podem ocorrer entre profissões de saúde, entre instituições e entre sectores tendem a produzir situações em que os prejuízos superam os benefícios. Foi sublinhado que o desafio essencial é o de compreender que todos têm de ser parceiros. Todos são necessários e devem sempre envolver e incluir a participação dos doentes e dos cuidadores.

Hoje a Saúde parecer começar a ser uma prioridade no contexto europeu e é necessário estar atento e aproveitar as novas circunstâncias. Porém, nem sempre existe por parte da população e dos decisores políticos a noção da dimensão, da complexidade e das verdadeiras finalidades dos sistemas de saúde. A propósito das finalidades haverá que destacar como primeiras e primordiais as de promover e proteger a saúde e bem-estar das pessoas e da população e não, a mera “produção e consumo” de cuidados de saúde, em si mesma.

Os sistemas de saúde dependem essencialmente de um universo humano com muitos profissionais altamente diferenciados, com intervenções complexas e equipas multiprofissionais, com meios, equipamentos e técnicas muito diversificados. Muitas das intervenções recorrem a tecnologias muito avançadas, com constantes pressões dos fornecedores de tecnologias que tentam influenciar as decisões dos políticos, dos gestores e dos profissionais.

A mudança de sistemas complexos tem de ser gradual, envolvendo a base do sistema, e não é possível ser feita de forma abrupta e administrativa. É um erro pensar em mudanças por decreto. Não acontecem. Os interesses particulares dos fornecedores, das instituições e dos profissionais terão de subordinar-se aos interesses e necessidades dos cidadãos, em especial quando adoecem, o que será benéfico para todos. Haverá que vencer múltiplas resistências e obstáculos.

A gestão da mudança e uma governação sistémica com memória, estabilidade, capacidade prospetiva, e competência técnico-científica em saúde, clínica e populacional, são requisitos absolutamente indispensáveis para conseguir as transformações e os progressos desejados.

2020

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS



NOTAS BIOGRÁFICAS

Notas biográficas

- **Ana Matos Pires**

Médica Psiquiatra.

Licenciada em Medicina pelo ICBAS – Universidade do Porto.

Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental pela Fac. de Medicina da Universidade de Lisboa.

Diretora do Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Coordenadora Regional da Saúde Mental da ARS Alentejo.

Assessora do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-geral da Saúde.

- **Constantino Sakellarides**

Especialista e doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública.

Professor Catedrático Jubilado da Escola Nacional de Saúde Pública.

Diretor para as Políticas e Serviços de Saúde OMS/Europa, Copenhaga.

Diretor-Geral da Saúde (1997-1999).

Presidente da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde (2013-2016).

Prémio Nacional de Saúde 2019.

- **Daniela Santos**

Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Fac. de Farmácia da Univ. de Lisboa (2002/2008).

Farmacêutica Comunitária durante 15 anos, com várias ações com a comunidade local.

Executive Master em Gestão de Serviços em Saúde - ISCTE Business School (2015/2016). Mestre

em Gestão de Empresas com especialização em estratégia (ISCTE B. S. -2016/2018).

Investigadora do ADVANCE/ISEG da Universidade de Lisboa. Frequenta o Programa de Doutoramento em Gestão na mesma instituição (2019).

- **Dulce Pinto**

Licenciada em Enfermagem. Exerceu como enfermeira, enfermeira especialista, chefe, supervisora e diretora de enfermagem.

Formação pós-graduada em Gestão da Saúde e em Alta Direção de Instituições e Serviços. de Saúde. Desde 1997 dedica-se exclusivamente á gestão de Cuidados de Saúde Primários.

Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VI, Porto Oriental, desde 2012.

- **Fernanda Santos**

Especialista em Saúde Pública.

Autoridade de Saúde desde 1995.

Autoridade Saúde no Porto de Sines desde 1998.

Delegada de Saúde Coordenadora do Alentejo Litoral.

Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do Alentejo Litoral desde 2009.

- **José Aranda da Silva**

Farmacêutico. Coronel do Exército Português aposentado

Fundador e primeiro Presidente do INFARMED

Doutor Honoris Causa pela Universidade do Porto

Presidente da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde (2017-2020).

- **José Luís Biscaia**

Médico de família, integra a Unidade de Saúde Familiar S. Julião no ACeS Baixo Mondego

É diretor executivo do ACeS Baixo Mondego, desde agosto 2020.

É um dos múltiplos atores que ao longo dos anos, na sua atividade clínica, nos órgãos de direção das organizações profissionais, e nas várias funções na administração, tem procurado contribuir para uma construção e renovação de um SNS de proximidade.

- **Júlia Valério (Maria Júlia Valério)**

Licenciatura, mestrado e doutoramento em Psicologia.

Coordenadora do Serviço de Psicologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Exercício da Psicologia Clínica no âmbito do SNS desde 1982.

Docente do ensino superior desde 1991.

Membro da Assembleia de Representantes da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Participação em grupos técnicos na Direção-Geral da Saúde.

- **Manuel Lopes**

Doutorado em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS – Universidade do Porto, em 2005.

Pós-graduação em Direção Estratégica em instituições universitárias pela Universitat Politècnica de Catalunya, em 2008.

Professor Coordenador na Universidade de Évora – E.S. Enfermagem São João de Deus.

Membro do Conselho Coordenador do Comprehensive Health Research Center e Coordenador do Polo desse Centro na Universidade de Évora.

Membro do Conselho Editorial da Revista Cadernos de Saúde da Univ. Católica Portuguesa.

- **Mariana Neto**

Especialista e Mestre em Saúde Pública e em Medicina do Trabalho

Docente convidada da Faculdade de Medicina de Lisboa

Doutora em Saúde Ambiental pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Coordenadora da Unidade de Observação em Saúde e Vigilância Epidemiológica (ONSA) do Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

- **Paula Broeiro-Gonçalves**

Médica de Família no Centro de Saúde dos Olivais (Lisboa) – ACeS Lisboa Central

Licenciada em Medicina e Doutorada em Saúde Pública – Epidemiologia

Professora Convidada da disciplina de Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT.

Áreas de interesse profissional: multimorbilidade, polifarmácia e qualificação da prescrição.

Áreas de preocupação pessoal: desigualdades em saúde.

- **Rita Nortadas**

Assistente Hospitalar / Especialista em Medicina Interna.

Coordenadora da Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta.

Membro do Secretariado do Núcleo Estudos de Hospitalização Domiciliária da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Coordenadora da Consulta Medicina/Diabetes.

Secretária Geral da Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

- **Rui Lourenço**

Especialista em Medicina Geral e Familiar. Assistente Graduado Sénior do SNS desde 2003.
Diretor do Centro de Saúde, Mértola (1993-95) e Loulé (1996-2003)
Presidente da ARS Algarve 2005 – 2011.
Médico de família na USF de Quarteira desde 2011 até à data.
Docente convidado do Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve de 2012 até à data.
Membro do Conselho Nacional de Ecologia e Promoção da Saúde da Ordem Médicos.

- **Rute Borrego**

Nutricionista.
Docente da Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa
Membro do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde, desde 2020.

- **Tiago Correia**

Professor associado de Saúde Internacional do IHMT-UNL.
Doutorado em sociologia (especialidade de saúde) pelo ISCTE-IUL em 2011.
Pós-doutoramento pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade de Montreal em 2012.
Coordenou o capítulo do Relatório Primavera 2018 sobre os recursos humanos no sistema de saúde português.
Editor-Chefe do International Journal of Health Planning and Management, desde 2020.

- **Víctor Ramos**

Especialista em Medicina Geral e Familiar.
Professor Associado Convidado da Escola Nacional de Saúde Pública – UNL.
Prémio Miller Guerra de Carreira Médica (Ordem dos Médicos e Fundação MSD) – 2017.
Membro do Conselho Nacional para o SNS e Carreiras Médicas da Ordem dos Médicos.
Presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde, desde 2020.

2020
10, 12, 17 E 19 DE DEZEMBRO

IV CONGRESSO SNS: PATRIMÓNIO DE TODOS

RESUMOS E CONCLUSÕES

ORGANIZAÇÃO



APOIO

