

Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional

- DESPACHO N.º 11232/2016, DE 19 DE SETEMBRO -

CAPACITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Ficha Técnica

Título

Capacitação dos Serviços de Saúde Pública

Autor

Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional

Data

Julho de 2017

Contactos

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa

www.dgs.pt/saude-publica1/reforma-da-saude-publica.aspx

ÍNDICE

ÍNDICE	I
SIGLAS E ABREVIATURAS	II
1. ENQUADRAMENTO.....	1
2. FINALIDADE.....	2
3. OBJETIVOS.....	2
4. DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA SUSTENTÁVEL DE CAPACITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	2
5. CAPACITAÇÃO HUMANA.....	4
5.1. Capacitação dos Profissionais de Saúde Pública	5
5.2. Recursos Profissionais dos Serviços de Saúde Pública	10
6. CAPACITAÇÃO FÍSICA E DE MEIOS	13
7. CAPACITAÇÃO FINANCEIRA.....	13
8. CONCLUSÕES E PASSOS SEGUINTE.....	14
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
ANEXO	17

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde, I.P.

CRSPN – Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECDC – *European Center for Disease Control*

ETC – Equivalente a Tempo Completo

NNC – Núcleo Nacional de Capacitação

OMS – Organização Mundial da Saúde

PF – Plano de Formação

SSP – Serviço de Saúde Pública

ULS – Unidade Local de Saúde

USP - Unidade de Saúde Pública

1. ENQUADRAMENTO

A Proposta de Lei n.º 49/XIII (*Lei da Saúde Pública*) aponta para a necessidade de capacitar os Serviços de Saúde Pública (SSP) em recursos humanos e materiais indispensáveis à maximização da sua eficiência operacional e ao desenvolvimento das suas competências. Neste sentido, neste documento são propostas as ideias-chave, os requisitos e as estratégias a adotar no quadro da Reforma da Saúde Pública na capacitação dos SSP¹. No que se refere ao enquadramento internacional, a proposta apresentada tem em conta as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) Europa vertidas no Plano de Ação para o fortalecimento das capacidades e SSP europeus², sobretudo, o pilar *Recursos Humanos para a Saúde Pública*, embora interseccione os pilares *Financiamento dos Serviços de Saúde Pública*, *Organização dos Serviços de Saúde Pública* e *Legislação de Saúde Pública*.

Pode-se dividir a capacitação dos SSP em três grupos, a saber: *capacitação humana*, *capacitação material e tecnológica* e *capacitação financeira*. A capacitação condicional, *ab initio*, direta ou indiretamente, o funcionamento dos SSP pelo que, como salvaguarda, esta deverá ser considerada em todas as suas vertentes. A Figura 1 resume o quadro conceptual sobre a capacitação dos SSP.

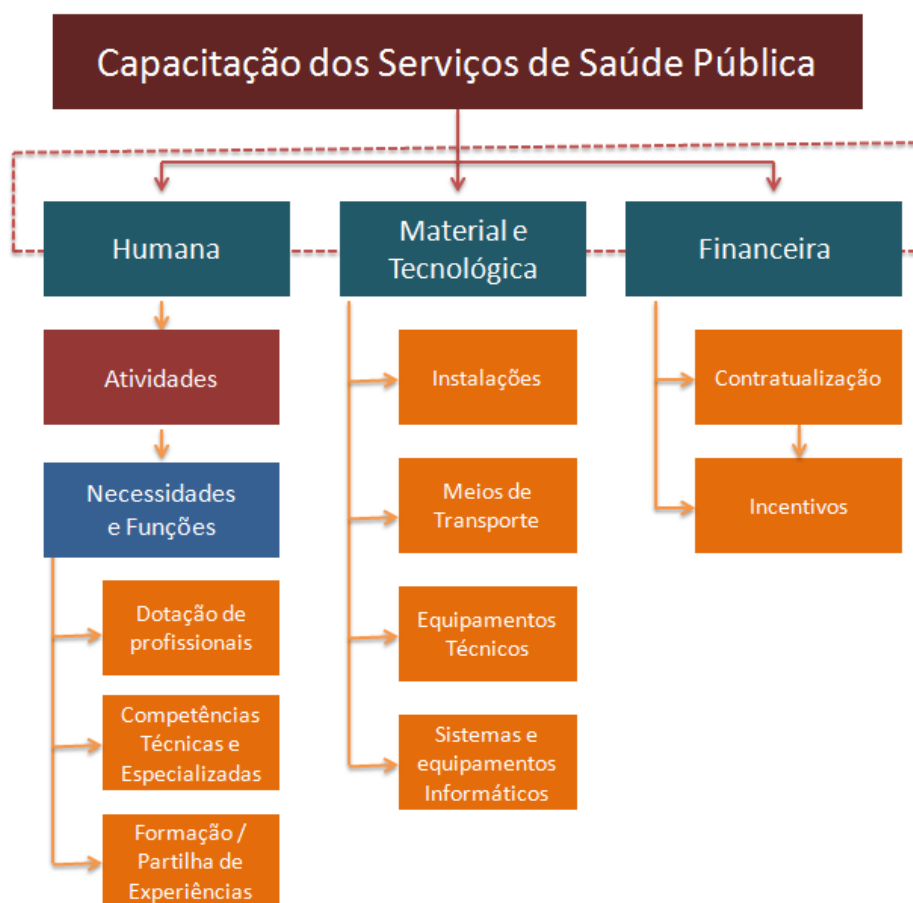


Figura 1: Capacitação dos Serviços de Saúde Pública

¹ Esta proposta vem, também, dar sequência a várias recomendações do documento Nova ambição para a Saúde Pública – Focada nos Serviços Locais, DGS, junho 2016, pp 13 e 14 (recomendações 18 a 22).

² *Strengthening public health capacities and services in Europe*, Agenda For Action, WHO Regional Office for Europe, December 2016.

2. FINALIDADE

- ✓ Capacitar os SSP para a execução eficiente de práticas compatíveis com a obtenção de sucessivos patamares superiores de desempenho e de consequente melhoria progressiva do estado de saúde da população.

3. OBJETIVOS

- ✓ Identificar e mapear os recursos existentes.
- ✓ Definir diferentes níveis expectáveis de resultados de qualidade dos SSP, com base nas áreas de ação da saúde pública que constam na Proposta de Lei n.º 49/XIII (*Lei da Saúde Pública*) assim como os resultados de qualidade mínima aceitáveis.
- ✓ Definir níveis de competências e de recursos necessários à produção de resultados estabelecidos para os SSP, incluindo rácios mínimos.
- ✓ Criar um Programa de Capacitação focado no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde pública, baseado num diagnóstico que identifique as suas reais necessidades.
- ✓ Propor para os SSP os recursos humanos e materiais adequados às suas funções³.
- ✓ Implementar um sistema sustentável de capacitação que habilite o desenvolvimento dos SSP para o cumprimento dos respetivos contratos-programa.

4. DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA SUSTENTÁVEL DE CAPACITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Propõe-se a construção de modelos de capacitação por áreas de atuação dos SSP, configuráveis a eventuais grupos de SSP com necessidades semelhantes, capacitando-os para atingir, com êxito, os níveis de desempenho desejados.

Neste modelo será necessário definir uma matriz de produtos ou resultados a obter por parte dos SSP em cada uma das suas áreas de atuação, com níveis de complexidade crescente. Para cada um desses produtos ou resultados a obter, deverá ser definido um conjunto de recursos considerados necessários, quer a nível de recursos humanos, de meios físicos e tecnológicos, quer a nível de financiamento.

No contexto formativo, recomenda-se a criação de núcleos de formação em cada SSP de nível local, responsáveis, ao mesmo tempo, pelo diagnóstico de necessidades de capacitação e pela elaboração dos

³ No âmbito do modelo proposto de contratualização dos SSP estão salvaguardados mecanismos periódicos de verificação da adequação dos recursos disponíveis, face aos compromissos assumidos/a assumir em sede de contratualização interna dos SSP.

planos de formação (PF), em articulação com o Núcleo de Formação Regional, devendo a Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional (CRSPN) proceder ao acompanhamento deste processo. Finda esta Comissão será formado o Núcleo Nacional de Capacitação (NNC) dos SSP, inserido na orgânica da Direção-Geral da Saúde (DGS) e com o objetivo de capacitar os serviços e de promover a melhoria contínua dos mesmos.

Apresenta-se na Figura 2 a arquitetura proposta para a formação dos SSP Locais.

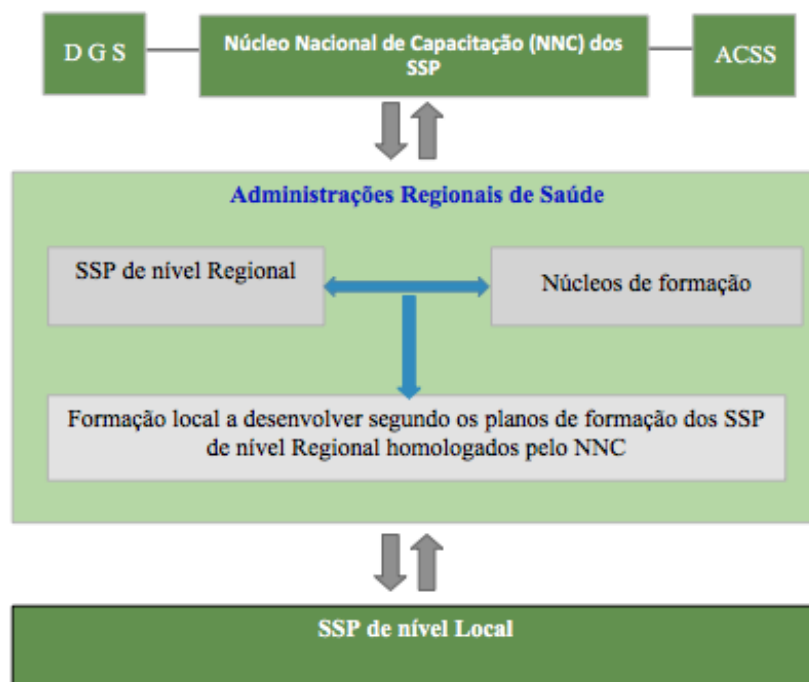


Figura 2: Organização Formativa para os SSP

As Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS) são responsáveis pelo desenvolvimento dos PF, os quais devem estar alinhados com o Programa de Capacitação a definir no âmbito da Reforma da Saúde Pública. As verbas destinadas aos PF devem ser consignadas nos orçamentos anuais das ARS e da DGS.

De salientar neste ponto relativo à formação, a importância da qualidade dos formadores, que devem ter formação adequada em pedagogia, para além da componente técnico-científica. Aponta-se, a título de exemplo, o programa de formação de orientadores de médicos internos de Medicina Geral e Familiar (<http://euract.woncaeurope.org/>).

É, ainda, importante salientar a necessidade de um programa formativo que responda à complexidade crescente das funções dos profissionais, mediante as suas responsabilidades.

A formação deverá ser acompanhada/monitorizada pelo respetivo SSP de nível regional. Os SSP devem elaborar periodicamente um diagnóstico de necessidades de capacitação que, no médio prazo, deve ser baseado em índices de desempenho, a desenvolver.

Neste processo deve assumir-se que existem níveis diferentes de necessidades de capacitação dos SSP

locais que, por isso, têm de ser alvo de planos de capacitação detalhados, com uma discriminação positiva dos SSP locais que apresentem maiores necessidades. Mesmo quando esta situação é resultante da falta de meios humanos e materiais ou ambos, devem ser alvo prioritário de ações de qualificação, conferindo-lhes capacidade para celebrarem níveis mínimos de contratualização no curto prazo. Espera-se, assim, que o programa de capacitação permita que todos os SSP iniciem a contratualização básica no curto prazo. Podem alguns dos SSP ser compensados com fatores de correção dos seus índices de desempenho, que serão gradualmente retirados à medida que a capacitação for conseguida.

De forma a que, a todo o momento, se possa ter em conta os recursos humanos disponíveis, sugere-se a criação de uma base de dados *online* de todos os elementos em exercício nos SSP, nomeadamente, com a identificação do profissional e com as seguintes variáveis: profissão, cargo, contactos profissionais, competências técnicas específicas/especializações, bem como a capacidade⁴ e disponibilidade para dar formação. Esta base de dados, atualizável periodicamente, permitirá, por exemplo, em caso de emergência em saúde pública, ter uma ferramenta facilitadora do acesso rápido aos contactos de profissionais com competências particularmente necessárias e insere-se no âmbito de uma rede colaborativa de SSP.

5. CAPACITAÇÃO HUMANA

A área de ação e de preocupação para os profissionais de saúde pública tem crescido ao longo dos últimos anos e prevê-se que o futuro traga ainda maior complexidade, pelo que é importante refletir como é que a Saúde Pública pode continuar a melhorar a saúde do maior número de pessoas no menor espaço de tempo possível (1).

Esta missão é reforçada pela aprovação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente, o objetivo 3: *“Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”*(2). Uma das estratégias mais consideradas para atingir este objetivo prende-se com a cobertura universal em saúde, dependente dos recursos humanos(3). Um dos documentos-chave da OMS intitula-se mesmo *“uma verdade universal – não há saúde sem uma força de trabalho”*⁵ (4).

Ainda que um grande enfoque do problema relacionado com a falta de recursos humanos em saúde esteja mais direcionado a países de baixo e médio rendimento, muitos dos princípios podem servir de guia ao nosso país na sua situação atual, nomeadamente na *“necessidade de compromisso nacional e de lideranças para maximizar o impacto dos recursos financeiros e humanos disponíveis, reconhecendo que*

⁴ Formadores credenciados, nomeadamente, de acordo com as exigências atuais da formação financiada pelos fundos comunitários europeus.

⁵ *“a universal truth – no health without a workforce”*

melhorias em saúde são realizadas por uma força de trabalho de saúde adequada para o seu propósito”
(5).

Desta forma, pretende-se que a capacitação humana no âmbito da Reforma da Saúde Pública se realize num sentido holístico, pelo que se abordará a perspetiva da capacitação a nível das competências dos profissionais dos SSP, mas também a capacitação dos SSP pela alocação de recursos humanos.

5.1. Capacitação dos Profissionais de Saúde Pública

A Proposta de Lei n.º 49/XIII (*Lei da Saúde Pública*) define explicitamente, para os SSP e seus profissionais, um conjunto vasto de competências, que se inspiram não só na herança histórica e vasta experiência dos SSP portugueses, como também nas dez *Operações Essenciais da Saúde Pública*, definidas pela OMS(6). É com base nestas que, na construção do modelo de contratualização dos SSP, é definido o padrão mínimo de desempenho. Portanto, em primeira linha, é expectável que a capacitação dos profissionais dos SSP seja orientada prioritariamente para a aquisição ou reforço do conjunto de competências-chave que permitam esse desempenho.

Contudo, ao mesmo tempo que é desenvolvida esta orientação estratégica, através de um Programa de Capacitação dos profissionais dos SSP a implementar a curto prazo, importa construir uma visão de médio/longo prazo, que se adegue ao evoluir da(s) prática(s) da Saúde Pública, seus desafios e complexidade.

É também importante distinguir o conceito de competências devido à ampla utilização da palavra na língua portuguesa. Apesar de, tradicionalmente, a palavra se referir a uma atribuição de responsabilidade, a utilização do termo neste documento refere-se ao “saber fazer” e “conseguir fazer” algo mediante padrões de qualidade previamente definidos. Isto é, apesar de alguém poder ter a responsabilidade/atribuição de fazer algo em termos legais, poderá não significar que o “saiba ou consiga fazer” mediante os padrões de qualidade considerados desejáveis.

É vital que os profissionais de saúde pública estejam capacitados para agir da forma mais adequada possível em termos de eficácia, eficiência e produtividade ao longo de toda a sua carreira. De forma a tentar abordar este problema, várias instituições da área da Saúde Pública têm refletido sobre o assunto e produzido documentos de relevo, que convém ter em consideração.

Neste grupo de instituições destaca-se a OMS, que tem trabalhado o tema dos recursos humanos em saúde e a sua adequação há vários anos, como referido anteriormente. Também devem ser destacados os esforços da Comissão Europeia, que tem também desenvolvido diversas iniciativas nesta área (7), incluindo na temática das competências em saúde (8). Mesmo quando se consideram as próximas reformas globais de saúde, muitos dos tópicos prendem-se com aquilo que devia ser a atividade diária dos profissionais de saúde pública (9). Há anos que na área concreta da saúde pública se vêm a discutir

as competências que um profissional deve apresentar ao longo da sua carreira. São, algumas dessas organizações, o *Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice* (10), a *Association of Schools & Programs of Public Health* (11) e o *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) (12), entre outras (6).

No caso da *Association of Schools & Programs of Public Health* foram identificadas as seguintes áreas de competências (11):

- Bioestatística;
- Ciências de saúde ambiental;
- Epidemiologia;
- Políticas de saúde e gestão;
- Ciências sociais e comportamentais;
- Comunicação e informática;
- Diversidade e cultura;
- Liderança;
- Profissionalismo⁶;
- Biologia em saúde pública;
- Planeamento de programas;
- Pensamento de sistemas.

Nos perfis mais específicos de algumas áreas, temos como exemplos as competências e subdomínios identificados pelo ECDC para a área da epidemiologia (12):

- Saúde Pública (ciência da saúde pública e políticas de saúde pública);
- Epidemiologia aplicada (avaliação de risco, vigilância epidemiológica, investigação de surtos, estudos epidemiológicos, doenças infecciosas, tópicos laboratoriais, orientações de saúde pública);
- Bioestatística (probabilidade, inferência estatística, amostragem);
- Informática (uso de *internet*, análise de dados e estatística, apresentações e edição);
- Comunicação (comunicação de risco, comunicação escrita, comunicação oral, uso de novas tecnologias de comunicação);
- Gestão (planeamento e uso de recursos, construção de equipas e negociação);
- Desenvolvimento de capacidades (mentoria, treino/formação);
- Ética (proteção de indivíduos, confidencialidade, conflito de interesses).

Já na área de promoção da saúde foram identificadas, tendo como base os valores éticos e o conhecimento, as seguintes áreas (13):

⁶ Capacidade de demonstrar escolhas, valores e práticas profissionais éticas implícitas nas decisões de saúde pública; Considerar os efeitos das escolhas na orientação da comunidade, equidade, justiça social e responsabilização (*accountability*) e compromisso com o desenvolvimento pessoal e institucional.

- Capacitação para a mudança (*Enable Change*);
- Defesa da saúde (*Advocate for Health*);
- Mediação por parcerias;
- Comunicação;
- Liderança;
- Determinação de necessidades e recursos (*Assessment*);
- Planeamento;
- Implementação;
- Avaliação e investigação.

Muitos outros tópicos continuam também a surgir a nível da consciência ambiental, por exemplo (6).

É relevante, ainda, destacar que, mesmo no nosso país, já foi desenvolvido algum trabalho nesta área pelo Colégio de Saúde Pública da Ordem dos Médicos, que traduziu e adaptou para a realidade portuguesa algumas destas áreas, tendo em consideração as competências listadas para a especialidade de saúde pública pela União Europeia dos Médicos Especialistas da Comunidade Europeia(14). No Regulamento n.º 128/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011, estão definidas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Por sua vez, o Decreto-Lei n.º 117/95 de 30 de maio, estabelece as áreas e competências profissionais próprias dos Técnicos de Saúde Ambiental. É também importante salientar que numa primeira fase não poderemos ter competências específicas de um dado grupo profissional plasmadas nas grandes áreas. Contudo, a diferenciação por grupo profissional deve também ocorrer ao nível das competências específicas, para todos os grupos profissionais a estarem envolvidos na rede de SSP. Destaca-se, igualmente, o processo já existente atualmente para o ciclo de estudos em epidemiologia de campo (Portaria n.º 1065/2009, de 16 de setembro).

Será, também, útil fazer uso da experiência internacional, onde alguns dos processos para se atingirem as diferentes competências foram registados. A título de exemplo, elencam-se de forma genérica os passos de um destes processos:

1. Avaliação inicial de forças, oportunidades, fraquezas e ameaças (análise SWOT) com vista a definir objetivos e alvos de capacitação para as necessidades de saúde pública identificadas;
2. Definição de uma estratégia para fortalecer o ecossistema educativo de saúde pública no âmbito do ensino superior de Bolonha e promover o seu acesso;
3. Priorização do desenvolvimento da força de trabalho;
4. Recolha e inclusão de expectativas em relação à saúde pública por parte de representantes de outras partes da sociedade e áreas políticas, de forma a enriquecer o processo de capacitação numa

perspetiva de saúde em todas as políticas;

5. Fortalecimento da “identidade” da saúde pública, de forma a que seja clara a riqueza, diversidade e essencialidade de uma força de trabalho variada na saúde pública, que deve ser tornada óbvia nas formações académicas destes profissionais;
6. A estratégia de capacitação deve envolver todos os níveis do governo e administração, assim como todos os domínios de ação (privado, público, social, entre outros);
7. A estratégia deve ser complementar aos contextos nacional e internacional e deve progredir de forma mensurável (6).

Face ao anteriormente exposto, aponta-se, a título de exemplo, onze grandes áreas de competências dos SSP com alguns exemplos de subáreas a considerar:

1. Gestão/liderança (planeamento e uso de recursos, construção de equipas, parcerias e negociação/contratualização, capacitação para a mudança);
2. Planeamento (conceção, desenvolvimento e avaliação de planos/programas/projetos; estudos de impacte na saúde);
3. Qualidade (auditoria e acreditação);
4. Vigilância em Saúde Pública (que inclui a epidemiológica, entomológica e a ambiental);
5. Prevenção da doença (deteção precoce);
6. Proteção da saúde (saúde ambiental, ocupacional, vacinação, e, ainda, outros riscos, como sejam, biológicos, químicos e físicos);
7. Promoção da saúde (incluindo saúde escolar, saúde ambiental, ciências sociais e comportamentais, políticas de saúde);
8. Preparação e resposta a emergências em saúde pública;
9. Comunicação (comunicação de risco, comunicação escrita, comunicação oral, uso de novas tecnologias de comunicação);
10. Formação/ Desenvolvimento de capacidades (mentoria, treino);
11. Investigação em saúde pública.

De todos os processos internacionais mencionados foram já identificadas diversas áreas de competências e competências específicas. De uma forma geral, estas competências tendem a ser distribuídas por três níveis de conhecimento/experiência, que correspondem aproximadamente a competências de: (i) profissionais em início de atividade nessa área, (ii) profissionais com responsabilidades de gestão ou supervisão e (iii) gestores seniores e/ou líderes de organizações de saúde pública (6).

Nesse sentido, será desejável o desenvolvimento de programas formativos com base numa complexidade crescente, sensível às necessidades específicas das diferentes hierarquias para uma

mesma área de ação. Para cada cenário existirão desafios e oportunidades próprios, que poderão permitir uma saúde pública mais interventiva e consequente na persecução de melhores níveis de saúde para a população. Propõe-se que a formação seja estruturada e certificada, de acordo com as linhas estratégicas da reforma, e com os seguintes níveis:

- **Formação básica**, maioritariamente prática, com caráter de continuidade e ligada aos planos de atividade e projetos em curso;
- **Formação complementar**, qualquer que seja o seu tipo, quando alguma atividade ou projeto exija a aquisição de novas competências;
- **Formação para diretores/coordenadores dos SSP**, bem como para os profissionais que os coadjuvam diretamente, para aquisição de competências avançadas nas áreas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde.

Após o processo de definição de áreas e competências específicas dentro de cada área profissional, por nível de complexidade, deverá ser efetuado um diagnóstico de situação dos SSP, a nível formativo, dentro deste modelo. Com base nesse diagnóstico, serão então desenvolvidos os primeiros planos formativos, que deverão espelhar um alinhamento entre as necessidades formativas identificadas e as prioridades estabelecidas para os SSP.

Neste processo deverá, ainda, identificar-se que SSP poderão, como um todo, ser exemplos de boas práticas ou de áreas de particular especialização (*expertise*), nomeadamente como já é feito a nível hospitalar com os centros de referência. Outra possibilidade a considerar neste campo será o que é feito pela OMS, com os seus gabinetes especializados (Fortalecimento de Sistemas de Saúde em Barcelona, Ambiente e Saúde em Bonn, Investimento para a Saúde e Desenvolvimento em Veneza, entre outros).

Num contexto de contratualização e programas de incentivos, é ainda importante definir de forma clara padrões de qualidade e de medição de impacto na saúde, para que se incentive apenas o que pode ser incentivado. Isto é, será importante definir de forma clara todas as situações em que para um determinado nível de recursos e competências seja possível prestar serviços associados a competências e recursos de um nível mais exigente. Isto porque a divisão entre competências deverá ser prática e qualitativa. Por exemplo, a nível do observatório de saúde, podemos ter um nível mínimo onde se produz informação essencialmente descritiva analítica. Noutra nível de maior complexidade poderemos ter uma apresentação descritiva e analítica dos dados, enquanto noutra nível ainda mais complexo poderemos ter uma apresentação descritiva e analítica, juntamente com previsões (*forecasting*) e análise de tendências, entre outros. Para tal, serão necessárias competências crescentes de estatística, epidemiologia, demografia e gestão de sistemas de informação, entre outros. Se uma unidade não tem competência para realizar uma certa atividade mais complexa, não deverá poder fazê-la quando se entenda que tal poderá ser prejudicial à população. Deverão, contudo, ser incentivados, por diversas

vias, a realizar mais formação. E os SSP que tenham competências para tal poderão realizar mais atividades do que as esperadas, nas situações em que tal é benéfico para a população.

Dadas as diferentes oportunidades de financiamento para formação a ocorrer no curto prazo torna-se, ainda, oportuno priorizar algumas das áreas a terem particular foco nestas oportunidades. Num cenário ideal, esta priorização seria já realizada pelo NNC no âmbito do programa de capacitação, após a definição da matriz de competências específicas e de um diagnóstico mediante a mesma.

Contudo, uma vez que este processo de implementação pode ultrapassar o tempo útil de algumas destas oportunidades, entende-se que devem ser propostas para efeitos de **prioridades formativas a incluir no âmbito do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego** [formação de profissionais do setor da saúde], **para apresentação de candidaturas em 2018**, as seguintes áreas no âmbito da saúde pública:

- Gestão/liderança (planeamento e uso de recursos, construção de equipas, parcerias, negociação/contratualização, capacitação para a mudança);
- Planeamento em saúde (conceção, desenvolvimento e avaliação de planos/programas/ projetos de saúde; estudos de impacte na saúde);
- Preparação e resposta a emergências em saúde pública.

Importa, neste sentido, sensibilizar os SSP nos seus diversos níveis, nacional, regional e local, para esta eventual oportunidade.

É preciso capacitar os serviços públicos para conseguirem no curto prazo responder de forma adequada a alguns desafios que irão ocorrer com as diferentes reformas que estão a ganhar forma. Por um lado, será muito importante que exista por parte dos SSP capacidade para responder a um novo mecanismo de contratualização. Por outro lado, dada a crescente importância dos Planos Locais de Saúde nos processos de contratualização dos mais diversos serviços de saúde, é extremamente importante que exista uma capacidade para desenvolver Planos Locais de Saúde verdadeiramente participados e de base populacional. Dados os recentes compromissos internacionais de Portugal no âmbito da preparação e resposta a emergências em saúde pública e estudos de impacte na saúde (*Health Impact Assessment*), entende-se que também seja prioritário trabalhar as competências nestas áreas.

5.2. Recursos Profissionais dos Serviços de Saúde Pública

No processo de definição dos níveis de qualidade de serviços a prestar às populações pelos SSP, será de elevada relevância identificar de forma realista os recursos humanos necessários para a persecução desses níveis de qualidade (rácios de profissionais), tendo também em conta as características particulares da população servida.

Atualmente, ainda se encontra em vigor o Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril, que estabelece os

seguintes rácios:

- a) Um médico com o grau de especialista em saúde pública por cada 25 000 habitantes;
- b) Um enfermeiro por cada 30 000 habitantes;
- c) Um técnico de saúde ambiental por cada 15 000 habitantes.

Contudo, de uma **primeira análise efetuada, necessariamente incompleta e passível de, nesta fase inicial de diagnóstico, conter falhas ou imprecisões**, em termos da quantidade e distribuição de recursos de profissionais de saúde pública a nível nacional, é de salientar que existem, atualmente, não só carências, como assimetrias, intra e inter-regionais (**anexo**).

Para além disso, os rácios a definir deverão considerar as áreas funcionais a desenvolver, bem como as características geodemográficas da população abrangida. Deverão também ser desenvolvidos valores indicativos para todos os profissionais relevantes para os níveis de desempenho definidos como essenciais, quer sejam diretamente incluídos nos SSP locais ou não.

Será necessário realizar também um diagnóstico da situação aprofundado dos diversos SSP do país. Deverá este processo, ainda, ter em consideração não só os grupos de profissionais mais clássicos dos SSP (médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas de saúde pública ou saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental), mas também outros profissionais que estejam integrados nos serviços (por exemplo, médicos dentistas, higienistas orais, entre outros) ou que será útil integrar mediante os níveis de desempenho desejáveis para os SSP (psicólogos, nutricionistas, entre outros). A título de exemplo, refere-se na figura 3 uma lista da OMS referente a profissionais no âmbito da Saúde Pública:

Box 1: Potential division of public health professions		
1) PH professionals	2) Partial PH role	3) Awareness of PH issues
<ul style="list-style-type: none">• Health professionals with specialization in public health• Health policy-makers• Epidemiologists• Environmental health experts• Health economists• Health promotion specialists• Employees at local health agencies	<ul style="list-style-type: none">• Physicians• Nurses• Dentists• Pharmacists• Midwives• Food inspectors• Nutritionists• Fitness instructors• Psychologists	<ul style="list-style-type: none">• Police• Architects• Urban planners• Teachers• Welfare workers• Politicians

Source: modified from Whitfield (2004).

Figura 3: Potencial divisão de profissões de saúde pública (OMS)(6)

Será, ainda, importante que a identificação destes recursos humanos esteja quantificada por hora de profissional. Isto porque, no contexto atual, existem muitos profissionais que, estando alocados a um dado SSP, dedicam várias horas do seu horário a outras unidades funcionais de nível local (por exemplo,

as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Apoio à Gestão, as Comissões de Qualidade e Segurança, no Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, nos Serviços de Segurança e Saúde do Trabalho nos ACES, no Conselho Clínico e de Saúde, entre outros), regional (departamento de saúde pública, programas regionais, entre outros) ou nacional (DGS). Tendo em conta o número diminuto de profissionais que lhes são tipicamente adstritos formalmente, o trabalho dos SSP regionais e nacional alimenta-se substancialmente de profissionais das estruturas locais, que aí prestam colaboração em regime de tempo parcial. Esta situação tem aspetos positivos e negativos, resultando os positivos do facto dos serviços regionais serem, assim, enriquecidos com uma consciência da realidade dos serviços locais. De qualquer modo, o enriquecimento inerente a uma colaboração com os serviços locais não dispensa a que os SSP regionais sejam dotados de um número mínimo de pessoal considerado essencial ao desenvolvimento das suas funções. Em relação aos aspetos negativos, esta partilha de recursos, nem sempre é isenta de conflitos ou tensões, muitas vezes originada por escassez de recursos ou programação inadequada. Como tal, é importante que no processo de identificação de recursos dos SSP, se tenha também em consideração esta realidade, sendo claro que horas de cada profissional se encontram alocadas a que SSP. Assim, será possível com maior clareza perceber o número de equivalentes de tempo completo (ETC) alocados a cada SSP.

Não obstante este tipo de identificação de recursos, pretende-se que este processo possa ser ainda mais específico no futuro, aquando da definição de competências específicas dos profissionais dos SSP. Então deverão existir condições para conseguir identificar não só quantos ETC de um dado grupo profissional um SSP tem, mas também quantos ETC de uma dada competência específica existem no SSP, a fim de que o mesmo possa estar perfeitamente capacitado para os níveis de desempenho esperados.

No entanto, mesmo após um diagnóstico de recursos por ETC simples, nos casos em que a dotação mínima de horas profissionais especializadas não se verificar, de acordo com o nível do SSP, as características geodemográficas, sociais, ambientais e de saúde da área abrangida, será imperativo corrigir essa situação. Nestes casos, os meios humanos necessários deverão ser identificados como meio imprescindível para a consecução dos objetivos fixados, no plano de atividades e contratualização. Deverão, ainda, ser pensadas medidas sistémicas para a resolução deste tipo de problemas, como por exemplo, a atribuição de mais ferramentas para que estes SSP possam atrair os profissionais necessários. Para além das medidas a serem desenvolvidas no contexto de contratualização, deverá ser considerada, entre outras, a possibilidade de atribuição de incentivos semelhantes aos que têm sido utilizados nalguns setores da saúde, como o uso de incentivos financeiros, flexibilidade de horário, dias de férias e maior acessibilidade a oportunidades de formação.

Deverão também ser facilitadas as condições de mobilidade entre serviços, quando a unidade de

destino preferida pelo trabalhador é um serviço com igual ou maior carência de profissionais ou de competências particulares consideradas fundamentais para o SSP, após a mobilidade do profissional se verificar. Isto é, se o serviço de destino de um profissional ficar com um nível de recursos e competências igual ou inferior ao serviço de origem após a mobilidade do profissional, esta mobilidade deve ser particularmente facilitada. Nesse sentido, deverá também existir uma maior facilidade em alocar novos profissionais neste tipo de serviços carenciados.

Os diversos serviços responsáveis pela capacitação dos SSP deverão também ter uma perspectiva global e holística para evitar que determinados SSP recebam e percam de forma constante profissionais. Estas situações deverão ser estudadas para perceber os motivos desse cenário e tecer esforços para a correção de eventuais contextos modificáveis. Deverá ser dado particular destaque aos recém-especialistas de Saúde Pública que não têm ficado nos SSP locais.

6. CAPACITAÇÃO FÍSICA E DE MEIOS

Após a definição dos diferentes níveis de desempenho em saúde pretendidos dos SSP, à semelhança de uma definição dos respectivos recursos humanos (quer em termos de horas a alocar, quer em termos de competências necessárias), será necessário também identificar os casos em que certos meios físicos necessitam de ser assegurados. Assim, sobretudo numa fase inicial da implementação do processo de capacitação dos SSP, o diagnóstico a realizar dos SSP deverá também especificar as necessidades de condições físicas e meios, para que a devida dotação necessária possa ocorrer, devendo ser privilegiada a alocação de meios e recursos considerados essenciais à obtenção dos níveis de desempenho mínimos definidos.

No âmbito da construção do modelo de contratualização dos SSP vão ser definidas “*Orientações sobre Instalações e Equipamentos para os Serviços de Saúde Pública*”. Sem prejuízo da definição destas orientações gerais, a diversidade de meios e contextos em que os SSP locais estão implantados, implica que a tipologia dos SSP locais tenha de ser definida de forma flexível, para adequar os SSP locais ao meio envolvente em que estão instalados.

7. CAPACITAÇÃO FINANCEIRA

Ainda que sejam alocados os recursos físicos e meios necessários à persecução de objetivos relativamente padronizados, é também importante reconhecer a pertinência da disponibilização de recursos para outras atividades/iniciativas e projetos, como sejam o desenvolvimento de campanhas de *marketing social* no âmbito da promoção da saúde e o desenvolvimento de outros projetos comunitários, entre outros. Ainda que os SSP se possam articular com outras instituições

governamentais e da comunidade, é pouco prudente assumir que essas parcerias podem substituir fundos regulares a atribuir aos SSP. A contratualização por contrato-programa que se prevê para os SSP exigirá aos mesmos uma maior responsabilização, mas permitirá uma maior autonomia na gestão dos recursos financeiros que lhe forem atribuídos nesse âmbito.

Também a este nível, à semelhança do referido para os recursos físicos e de meios, será necessário efetuar uma avaliação da gestão dos recursos atribuídos e dos resultados obtidos de forma a incentivar os SSP que fazem uma boa gestão dos recursos.

8. CONCLUSÕES E PASSOS SEGUINTE

Este documento faz uma abordagem *holística* da capacitação dos SSP, incluindo elementos de diagnóstico de situação e de *estado da arte*. Faz, também, algumas propostas concretas:

- É proposto um modelo de Organização Formativa para os SSP.
- É proposta a criação de uma base de dados *online* de todos os elementos em exercício nos SSP (com a identificação de potenciais bolsas de *expertise*/formadores).
- É proposta a construção de modelos de capacitação por áreas de atuação dos SSP, a partir de uma matriz de níveis de desempenho dos SSP em cada uma das suas áreas de atuação, a desenvolver brevemente.

São dadas orientações para efeitos de prioridades formativas a definir no âmbito do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego [formação de profissionais do sector da saúde], para apresentação de candidaturas em 2018.

Neste percurso de capacitação, que se antevê complexo, torna-se necessário ter uma perspetiva mais aprofundada da realidade dos SSP o mais brevemente possível. Assim, como trabalhos a desenvolver, e com base nessa informação, prevê-se, como **passos seguintes**:

1.º Estabelecer um mecanismo de monitorização dos recursos existentes em cada SSP, à semelhança de algumas iniciativas em curso, que seja confirmada de forma anual. Este processo deve ser realizado em colaboração com os diversos SSP e deve permitir dar resposta às seguintes questões:

- Quais os profissionais que cada SSP tem disponível e quais as suas características (idade, horas alocadas ao serviço, formações ou competências adicionais à sua formação de base, entre outros)?
- Que tipo de necessidades de capacitação são sentidas pelos SSP?

2.º Elaborar uma proposta de uma matriz de níveis de desempenho dos SSP em cada uma das suas áreas de atuação (e os subsequentes recursos), que será definida em articulação com o modelo de contratualização proposto para os SSP.

3.º Desenvolver, com base no diagnóstico efetuado, um Programa de Capacitação, que inclua o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde pública, que permita o cumprimento dos respetivos contratos-programa, envolvendo uma proposta [recomendação/orientação] para os SSP dos recursos humanos adequados às suas funções, em articulação com os trabalhos relativos ao modelo de contratualização dos SSP e sua implementação.

Para além destes, estão, ainda, previstos outros:

1º Proceder ao envio do presente documento em matéria de capacitação dos SSP (*documento em progresso*) por parte da CRSPN, ao Senhor Ministro da Saúde e ao Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, propondo-se, em caso de concordância, a colocação do mesmo no portal do Serviço Nacional de Saúde, durante o mês de agosto, para participação alargada, e recolha dos contributos dos cidadãos e das várias entidades e profissionais, a envolver na Reforma da Saúde Pública, a qual se pretende amplamente participada;

2º Promover o envolvimento e participação das atuais Unidades de Saúde Pública (USP) dos ACES/ULS no trabalho e documentos que se encontram a ser desenvolvidos pela CRSPN;

3º Promover a consulta individual em relação ao presente documento em matéria de capacitação dos SSP (*documento em progresso*) por parte da CRSPN, das seguintes entidades:

- a) Dos Coordenadores Nacionais dos Cuidados de Saúde Primários, dos Cuidados de Saúde Hospitalares e dos Cuidados Continuados Integrados, sendo igualmente proposto o agendamento de uma reunião com os respetivos Coordenadores durante o mês de setembro sobre os documentos *em progresso* por parte da CRSPN;
- b) Da Ordem dos Médicos, da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, do Sindicato Independente dos Médicos e da Federação Nacional dos Médicos;
- c) Do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., do INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P., e dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.;

4º Proceder ao envio do presente documento em matéria de capacitação dos SSP (*documento em progresso*) à Comissão de Saúde, a qual é a comissão competente em sede de Assembleia da República para prosseguir o debate na especialidade da Proposta de Lei n.º 49/XIII (*Lei da Saúde Pública*);

5º Prosseguir com o desenvolvimento dos trabalhos da CRSPN no âmbito da capacitação dos SSP conforme delineado no presente documento, considerando os contributos e propostas que venham a ser recebidas pela CRSPN em todo este processo de consulta alargada.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frieden TR. The Future of Public Health. *N Engl J Med* [Internet]. 29 de Outubro de 2015 [citado 5 de Fevereiro de 2017];373(18):1748–54. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1511248>
2. UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nation - General Assembly; 2015. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
3. Campbell J. Towards universal health coverage: a health workforce fit for purpose and practice. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1 de Novembro de 2013;91(11):887–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24347716>
4. WHO. A Universal Truth: No Health Without a Workforce [Internet]. WHO. World Health Organization; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>
5. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1 de Novembro de 2013;91(11):853–63. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24347710>
6. Bjegovic-Mikanovic V, Czabanowska K, Flahault A, Otok R, Shortell S, Wisbaum W, et al. Addressing needs in the public health workforce in Europe.
7. Anticipating future skills needs - European Commission [Internet]. [citado 5 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/workforce/policy/skills_en
8. CC4HCA | NIVEL [Internet]. [citado 5 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://www.nivel.nl/en/cc4hca>
9. THE NEXT GENERATION of HEALTH REFORMS: OECD Health Ministerial Meeting [Internet]. Paris; 2017 [citado 5 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>
10. The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice Core Competencies for Public Health Professionals Introduction Core Competencies for Public Health Professionals with examples noted as footnotes The Council on Linkages Between Academia . Public Health.
11. The Association of Schools of Public Health. Master’s Degree in Public Health Core Competency Development Project. 2006;(August):40. Disponível em: http://www.aspph.org/wp-content/uploads/2014/04/Version2.31_FINAL.pdf
12. Core competencies for EU public health epidemiologists in communicable disease surveillance and response.
13. Dempsey MC, Barbara M, Professor B-K, Barry MM. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook. 2008;
14. Médicos O dos. Competências Essenciais ao Exercício do Médico Especialista em Saúde Pública [Internet]. 2013. 1-12 p. Disponível em: https://www.ordemdosmedicos.pt/send_file.php?tid=ZmljaGVpcm9z&did=e5a4d6bf330f23a8707bb0d6001dfbe8

ANEXO

Quadro 1: Nível Local - Unidades de Saúde Pública - Recursos humanos (2017)

Região	Pessoal técnico e de apoio							
	NºUSP	MSP	EET	EEp	TSA	HO	AT	Outro pessoal
Norte	24	103	48	25	122	03	63	11 enfermeiros; 3 psicólogos; 1 geógrafo; 2 técnicos serviço social; 1 engenheiro sanitaria; 1 assistente operacional.
Centro	9	60	28	11	86	05	41	1 engenheiro sanitaria.
Lisboa VT	15	70	33	13	121	30	48	2 dentistas; 1 enfermeiro SMA; 1 enfermeiro não especialista, 1 técnico serviço social; 5 outros.
Alentejo	4	19	07	07	33	11	07	1 engenheiro sanitaria; 1 nutricionista; 1 psicólogo; 1 técnico serviço social; 1 outro.
Algarve	3	13	01	03	16	02	10	3 enfermeiros não especialistas; 1 nutricionista.
Açores	1	06	01	00	19	00	01	1 nutricionista(a tempo parcial); 2msp com funções cg.
Madeira	1	02	00	00	10	00	06	Não referido pessoal adicional.
Totais	27	273	118	59	407	51	176	42

Fonte: Ordem dos Médicos/Questionário de caracterização dos serviços para avaliação de idoneidade e capacidade formativa, 2017.

Notas: USP-Unidade de Saúde Pública; MSP – médico de saúde pública; EET – enfermeiro especialista em saúde pública/saúde comunitária a tempo inteiro; EEp – enfermeiro especialista em saúde pública a tempo parcial; TSA – técnico de saúde ambiental; AT – Assistente Técnico; LSP – laboratório saúde pública; HO – higienista oral; SMA – saúde materna.

* Existe atualmente 1 USP em S. Miguel; nas outras ilhas só existem rudimentos de atividade de saúde pública; a intenção é fazer no futuro, quando houver recursos humanos, uma outra USP com sede na ilha Terceira e a RA ficar baseada em 2 USP.

** Organização da saúde pública baseada em centro de saúde (dois centros de saúde com atividade de saúde pública).

Este quadro é passível de conter algumas incorreções que só poderão ser corrigidas recorrendo às fontes primárias de informação. Contudo, **no seu todo**, serve o propósito de um **1º diagnóstico breve da situação**, necessitando de uma revisão e aperfeiçoamento posteriores, pelo que **não se recomenda, nesta fase, a utilização isolada dos seus números**.

Quadro 2: Nível local – Unidades de Saúde Pública – Aplicação dos rácios em vigor

Região	Médico especialista			Enfermeiro especialista (tempo total + parcial)			Técnico de saúde ambiental		
	Rácio	Atual	Carência	Rácio	Atual	Carência	Rácio	Atual	Carência
Norte	148	103	45	123	73	50	246	122	124
Centro	95	60	35	79	39	40	158	86	72
Lisboa VT	112	70	42	94	46	48	188	121	67
Alentejo	31	19	12	25	14	11	51	33	18
Algarve	18	13	05	15	04	11	30	16	14
Açores	10	04	06	09	01	08	16	19	0
Madeira	11	02	09	09	00	09	18	10	08
Totais	425	*271L+ 22R=293	**154L- 22R=132	354	*177L+0 5R=182	**177L- 05R=172	707	*407L+1 0R=417	**303L- 10R=293

Fonte: Ordem dos Médicos/ Questionário de caracterização dos serviços para avaliação de idoneidade e capacidade formativa, 2017.

Denominadores: INE, Censos 2011.

Notas:

Rácios (Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril de 2009) Médicos de Saúde Pública: 1/25.000 habitantes; Enfermeiros: 1/30.000; Técnico de Saúde Ambiental: 1/15.000.

* Ao total local (L) é preciso somar profissionais que estão colocados a nível regional (R) e central (C).

** Ao total local (L) é preciso subtrair profissionais que estão colocados a nível regional (R) e central (C).

Estes cálculos foram efetuados com base na população de cada região e não de cada ACES/ULS. Contudo, **no seu todo**, servem o propósito de um **1º diagnóstico breve da situação**, necessitando de uma revisão e desenvolvimento posteriores, a partir, entre outros, da revisão do quadro 1, pelo que **não se recomenda, nesta fase, a utilização isolada dos seus números**.

Quadro 3: Nível regional - Departamentos de Saúde Pública: Recursos humanos (pessoal permanente)

Região	Pessoal permanente (tempo inteiro)				
	MSP	TSA	AT	ENF sp	Outro (especificar)
Norte	06	01	06	01	1 matemático; 1 farmacêutico; 2 psicólogos; 1 engenheiro sanitário; 1 licenciado em ciências da educação; 1 enfermeiro; 1 licenciada em publicidade e marketing; Outros: 13 no Laboratório Regional de Saúde Pública (1 farmacêutico, 3 técnicos superiores de saúde, 6 técnicos de análises clínicas e saúde pública, 2 assistentes técnicos e 2 assistentes operacionais) e 5 no Programa Autoestima (1 assistente operacional, 1 psicólogo, 1 assistente técnico, 1 técnico do serviço social, 1 enfermeiro).
Centro	07	01	06	01	2 técnicos superiores(planeamento); 2 técnicos de informática; 1 engenheiro do ambiente; 1 assistente operacional; outros: 16 nos Laboratórios de Saúde Pública (2 técnicos superiores de saúde, 10 técnicos de análises clínicas e saúde pública, 2 assistentes técnicos, 1 assistente operacional, 1 enfermeiro).
Lisboa VT	04	07	06	01	3 médicos pneumologistas; 1 psicólogo; 7 engenheiros sanitários; 4 enfermeiros não especialistas; 2 assistentes operacionais; 5 técnicos de radiologia; 2 técnicos de cardiopneumologia; 1 motorista; 1 enfermeiro saúde mental.
Alentejo	03	01	03	01	1 engenheiro sanitário; 1 psicólogo.
Algarve	02	02	02	01	1 nutricionista; 2 enfermeiros não-especialistas; 1 outros
Açores	01	----	----	----	-----
Madeira	00	----	----	----	-----
Totais	24	12	19	05	

Notas: Fonte: DSP/DSPP das ARS do Alentejo, Algarve, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Norte

Para efeito contabilístico de pessoal total foram considerados alguns profissionais que trabalham noutros serviços centrais das ARS.

MSP – médico de saúde pública; AT – assistente técnico; ENF sp – enfermeiro especialista em saúde pública/ saúde comunitária; TSA – técnico de saúde ambiental; TDT – técnico diagnóstico e terapêutica.

Quadro 4: Nível nacional - DGS (SSP nacional) e INSA

Entidades	Pessoal técnico			
	MSP	Enf.*	TSA	Outro
DGS	7	13	1	Outros médicos:13; 3 técnicos superiores de saúde (psicologia e farmácia); 3 técnicos de diagnóstico e terapêutica (1 HO, 1 terapeuta ocupacional e 1 fisioterapeuta); 39 técnicos superiores (abrangendo áreas distintas como: Economia, Gestão de Empresas, Contabilidade e Administração, Línguas e Literaturas Modernas, Relações internacionais, Serviço Social, Engenharia do Ambiente, Arquitetura, Biologia, Engenharia Química, Ciências da Comunicação, Direito, Sociologia);
INSA ⁷ **	6	3	***	Médicos hospitalares: 1; Técnicos superiores de saúde: 2; Técnicos superiores: 13 (dos quais Estatistas/epidemiologistas: 3; geógrafos:1; psicólogos: 2; sociólogos: 1; biólogos:3; assistentes técnicos diferenciados: 2); investigadores de carreira: 1.

Notas: Fonte: DGS e INSA

*Não especificada a especialidade; **: apenas nos Departamentos de Epidemiologia, Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças Não Transmissíveis. ***Segundo a APSAi, existem atualmente no INSA 6 TSA.

⁷ Em relação ao INSA deve notar-se que os efetivos indicados no quadro 4 não contemplam as mais de 5 centenas de profissionais que integram os seus 6 Departamentos atuais: Doenças infecciosas, Saúde Ambiental, Alimentação e Nutrição, Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças Crónicas, Genética e Epidemiologia.