

CONSULTA PÚBLICA I REFORMA DA SAÚDE PÚBLICA NACIONAL

Documento elaborado por um conjunto de investigadores associados com o Nova Healthcare Initiative – Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa

Pedro Pita Barros (Universidade Nova de Lisboa)

João Marques Gomes (Universidade Nova de Lisboa)

Sara Ribeirinho Machado (London School of Economics)

Céu Mateus (University of Lancaster)

Marisa Miraldo (Imperial College London)

Diogo Nogueira Leite (Universidade Nova de Lisboa)

Novembro de 2017

INTRODUÇÃO

1. O Programa do XXI Governo Constitucional estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, sublinhando que, para obter ganhos em saúde tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada. Através do Despacho nº 11232/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 180, de 19 de setembro, foi criada uma Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional com vista a promover uma discussão abrangente da Reforma da Saúde Pública com todos os seus atores.
2. A Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional dividiu a organização dos seus trabalhos em três subcomissões, a saber, a 1.ª, 2.ª e 3.ª Comissão.
3. À 1.ª Comissão, denominada de Comissão Permanente, compete:
 - Assegurar a comunicação interna e externa e a articulação interinstitucional;
 - Coordenar os trabalhos das diferentes subcomissões;
 - Assegurar o acompanhamento do processo de Reforma da Saúde Pública, incluindo a produção legislativa;
 - Preparar as reuniões do plenário.
4. À 2.ª Comissão compete preparar:
 - O modelo de contratualização dos Serviços de Saúde Pública;
 - Os requisitos dos Sistemas de informação dos Serviços de Saúde Pública;
5. À 3.ª Comissão compete elaborar:
 - O modelo de rede dos Serviços Saúde Pública/Saúde Pública;
 - O plano de capacitação dos Serviços de Saúde Pública;
 - O modelo de Estudos de Impacte na Saúde.
6. As três áreas de desenvolvimento definidas na sequência da PL 49/XIII (Lei da Saúde Pública) são:
 - **Organização dos Serviços de Saúde Pública:** rede dos Serviços de Saúde Pública/Saúde Pública, articulação hierárquica, funcional e colaborativa e sistemas de informação gerais e específicos;
 - **Competências e capacitação:** atribuições e competências dos serviços e profissionais, capacitação de recursos humanos para responder a necessidades específicas, perfil, formação em serviço, e utilização de novos instrumentos, como são os estudos de impacte na saúde;
 - **Contratualização e financiamento:** carteira básica dos Serviços de Saúde Pública, Contrato-programa, atividades programadas, planos, programas e projetos, e atividades emergentes (ex. resposta a epidemias e outros fenómenos com impacte na saúde coletiva) dos Serviços de Saúde Pública, financiamento dos Serviços de Saúde Pública para garantir o seu funcionamento (estrutura física, equipamentos, recursos humanos, etc).
7. Reconhecendo a Comissão que apenas uma reforma aberta aos seus vários intervenientes pode ter sucesso, deliberou a mesma submeter a *consulta alargada* para recolha dos vários contributos daqueles cujo sucesso da reforma depende, os documentos preliminares [*documentos em progresso*] elaborados nas áreas da contratualização dos Serviços de Saúde Pública Locais, do modelo de rede

dos Serviços Saúde Pública/Saúde Pública, do plano de capacitação dos Serviços de Saúde Pública e do modelo de Estudos de Impacte na Saúde.

8. O presente documento constitui uma resposta de um conjunto de investigadores da Universidade Nova de Lisboa à consulta pública, procurando ser um contributo para a discussão das opções em causa. Os comentários produzidos refletem unicamente as opiniões dos signatários, na sequência da análise dos documentos disponibilizados no âmbito da consulta pública.
9. Serão apresentados primeiro considerações gerais, seguidas de aspectos referentes a cada uma das áreas individualizadas na consulta pública.

COMENTÁRIOS GERAIS

10. Há desde logo a necessidade de um glossário inicial que proceda à definição dos vários conceitos utilizados. Por exemplo, são referidas eficácia, eficiência e produtividade sem que nunca se defina o sentido em que cada um destes conceitos é utilizado (eficiência, só por si, tem três níveis relevantes que podem ser distinguidos – eficiência tecnológica, eficiência alocativa, e eficiência económica – cada um deles generalizando o anterior).
11. De modo similar, fala-se em melhorias contínuas da saúde da população sem se dizer o que se mede e se há limites para essas melhorias.
12. As populações parecem estar ausentes dos documentos. Os documentos estão focados apenas, ou principalmente, nos profissionais de saúde.
13. Não há qualquer informação, nem parece que se saiba, o que se tem feito até agora. Com excepção do número de profissionais não existem quaisquer dados sobre resultados (melhorias da saúde da população; eficiência, eficácia ou produtividade dos serviços de saúde pública). São apresentados os indicadores de profissionais por habitante, havendo falhas em todas as regiões, sem que se consiga perceber o impacto que isso tem no atingir de metas passadas em termos de resultados em saúde das populações.
14. Não é apresentada qualquer reflexão sobre o facto de as regiões serem diferentes e de o ponto de partida poder ser diferente, o que deveria levar a que os indicadores de avaliação fossem igualmente diferentes ou definidos de forma relativa.
15. Os documentos não identificam as lacunas e também não identificam os caminhos para ultrapassar as lacunas.
16. Num plano mais formal, ainda que deva existir naturalmente um documento oficial que procede à nomeação dos membros da Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, para efeitos de transparência, seria útil discriminar os nomes dos autores dos documentos nos próprios documentos.
17. Seria também útil conhecer o que se pretende exactamente com a reforma da saúde pública nacional, isto é, qual a visão proposta, e qual a missão para os serviços de saúde pública. Será útil explicitar a coordenação entre as propostas dos diferentes temas, explorando as sinergias existentes e removendo eventuais contradições.

CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA LOCAIS (SSPL)

18. Entre os recursos a serem identificados e mapeados não devem ser esquecidos os jovens recentemente formados em Portugal e que, em virtude de uma carreira com pouca expectativa de progressão optaram por sair do país ou fazer uso do seu capital humano em organizações não-governamentais e outras entidades privadas com ou sem fins lucrativos. Deve-se refletir sobre o papel que o modelo de funcionamento

atual da Direção-Geral de Saúde teve nessas opções. Neste sentido, a capacitação financeira, no que diz respeito aos incentivos, pode desempenhar um importante papel na reforma do sistema.

19. Relativamente ao parágrafo onde se refere que devem ser distinguidos aqueles que consigam atingir metas de desempenho previamente contratualizadas com a atribuição de incentivos financeiros e/ou institucionais, sugere-se que, além de incentivos positivos (i.e., que recompensam a boa performance) sejam incluídos incentivos negativos (ou seja, penalizações) para os SSPL que, tendo sido adequadamente dotados dos recursos previamente mencionados no corpo do texto em análise, não tenham conseguido corresponder, por má gestão ou execução, às metas estipuladas.
20. Considerando o subponto 1 do ponto C2 (Acesso adequado a um sistema de informação eficaz, o desenvolvimento aqui preconizado deve igualmente incorporar as melhores práticas no que diz respeito a criptosegurança (p.ex., aplicação do *blockchain* para garantir a segurança da informação e dos nós de decisão da infraestrutura), bem como corresponder a uma megatendência dentro da digitalização da economia como um todo e da saúde em particular - o BYOD (*Bring Your Own Device*), ou seja, a possibilidade de cada um aceder na plataforma que lhe for mais conveniente (*tablet, smartphone, etc.*) a informação relevante para o seu trabalho. Este sistema deve igualmente ser capaz de, após configuração de opções customizáveis pelo profissional de saúde em questão, produzir um *dashboard* que contenha as informações mais relevantes para o exercício da sua atividade de uma forma facilmente interpretável do ponto de vista gráfico e da organização da informação.
21. No que diz respeito ao subponto 5 do ponto C2 (Incentivos institucionais e financeiros), afigura-se importante ressaltar que deverá igualmente ser incorporada a noção de incentivo negativo para desencorajar uma *performance* laxista ou abaixo do expectável. Este desincentivo poderá ser a submissão a um processo rigoroso de revisão para identificar os pontos que ficaram abaixo do esperado, ocorrendo a respetiva gestão de recursos humanos com vista a sensibilizar os profissionais de saúde para um cumprimento mais aprimorado das suas funções e, caso não se verifiquem mudanças sucessivamente, proceder então para a fase de penalização por despedimento. Para o caso de más práticas recorrentes (atrasos contínuos, mau atendimento ao utente, etc.), a penalização deverá ocorrer com base em processos disciplinares e, caso necessário, demissão. Caso tal não se afigure concordante com a lei, deve então constituir-se como um ponderador da avaliação de carreira do profissional de Saúde Pública em questão.
22. Note-se que a forma de apresentação dos incentivos poderá ela própria fazer diferença, na medida em que focar no melhor possível, e ter depois uma "perda" se não for alcançado o objetivo estabelece como normal o melhor desempenho, passando esse a ser o ponto de referência natural. Este é um aspecto diferente das penalizações mencionadas no parágrafo anterior, pois aqui refere-se à forma de apresentação do sistema de incentivos, enquanto no parágrafo anterior se refere a estrutura do sistema de incentivos.
23. No que concerne o subponto 3 do ponto C3 (Contrato-Programa), prevê-se que a celebração do contrato-programa ocorra anualmente. Ora, se os padrões mínimos de desempenho são estabelecidos por triénio, não fará mais sentido efetuar este contrato-programa trienalmente, conduzindo, no que respeita a aspetos de *performance* e de ajuste face a desvios inesperados, uma revisão anual para acautelar eventuais choques?
24. Relativamente ao subponto 1 do ponto C4 (Áreas), contempla-se a existência de uma área focada na investigação científica. Dada a natureza da atividade científica em Saúde Pública e a sua particular relevância enquanto geradora de evidência para o planeamento e execução de políticas públicas baseadas na mesma, sugere-se que

exista uma diferenciação vs. o usualmente contratualizado com os ACES/ULS, por forma a privilegiar este elemento nesta vertente da Saúde em particular.

25. Considerando o exposto no subponto 9 do ponto C4 (Consequência: Distribuição linear do desempenho das unidades funcionais), e sobretudo focando o exposto no segundo parágrafo, esta salvaguarda é considerada importante para, obviamente, não desencorajar pessoas que se encontrem impossibilitadas de atingir o seu máximo potencial quando não consigam ter à sua disposição os recursos necessários; contudo, deve haver uma diferenciação entre estes casos e os casos em que os recursos não escasseiam mas não se desenvolvem as atividades planificadas ou, caso tenham sido desenvolvidas, exista prova de terem sido mal executadas.
26. Relativamente ao subponto 1 do ponto C5 (Leitura do resultado do indicador), considera-se que este nó de decisão pode ser precisamente onde se avalia da falta de meios que permitam atingir este fim ou, pelo contrário, tenha existido má execução. Nesse caso, deverá proceder-se a um processo rigoroso de revisão para identificar os pontos que ficaram abaixo do esperado, ocorrendo a respetiva gestão de recursos humanos com vista a sensibilizar os profissionais de saúde para um cumprimento mais aprimorado das suas funções e, caso não se verifiquem mudanças sucessivamente, proceder então para a fase de penalização por despedimento. Para o caso de más práticas recorrentes (atrasos contínuos, mau atendimento ao utente, etc.), a penalização deverá ocorrer com base em processos disciplinares e, caso necessário, demissão.
27. Finalmente, no que concerne a tabela exposta no subponto 2 do ponto C5 (Peso (valor) do(s) indicador(es) em cada dimensão ou subárea), designadamente no que diz respeito à subárea da tabela exibida "Vigilância epidemiológica e resposta às emergências em saúde pública, considera-se necessário que a vigilância epidemiológica relativamente à Saúde Mental seja igualmente endereçada enquanto problema de Saúde Pública, dado não apenas ter o estatuto de Programa Prioritário e, por isso, já se encontrar na parte respeitante à Prevenção da Doença, mas também a necessidade de construir evidência sobre este tipo de doenças, visto a sua prevalência estimada ser a de que 25% da população terá, a determinado ponto da sua vida, um episódio relevante de doença mental.
28. Num plano mais geral, os modelos de contratualização devem de ser informados por regras de decisão a nível nacional de modo a promover equidade. Um sistema de negociação poderá levar a desigualdades e a falta de transparência, nomeadamente se não houver publicitação, no sentido de informação publicamente disponível, sobre esses objetivos contratualizados.
29. A contratualização com base no desempenho relativo terá que ter em consideração especificidades da população local (isto é, terá que ser um processo de ajustamento pelo risco da população abrangida) e terá que ter em consideração potenciais diferenças no desempenho oriundas de diferenças contextuais exógenas às unidades prestadoras de cuidados e/ou unidades de prevenção/promoção de saúde.
30. Os requisitos (elencados na página 4) deveriam ser específicos às atividades de promoção, prevenção e gestão da doença (crónica e aguda). Por exemplo o ponto a) salienta o uso dos sistemas de informação em uso, em que estes não são adequados à promoção e prevenção de saúde nem à medição do desempenho referente aos cuidados integrados (?). É necessário investir em mais e melhores dados (integrados)
31. Deverão ser consideradas fontes alternativas de informação e desenvolvidas estratégias para as integrar nas bases de dados existentes: por exemplo, a informação sobre estilos de vida, que é essencial a estratégias de prevenção e promoção de saúde, como será recolhida e integrada nos dados existentes?
32. A página 5 menciona apenas acesso a informação por parte dos profissionais e não por parte do utente (cidadão/ doentes), no contexto de promoção da saúde, prevenção e até gestão de doenças crónicas. Numa visão moderna de participação ativa dos

cidadãos, não faz muito sentido não envolver nem capacitar o doente/utente/cidadão da informação necessária.

33. Sobre os elementos Financiamento e Incentivos financeiros, há fraca evidência de que incentivos financeiros funcionem (ver revisão da evidência da OCDE para mais detalhes). E quando funcionam, estes efeitos são tipicamente de pequena magnitude (ver tabela 1). Esta fraca evidência prende-se com o facto de as várias experiências de implementação de incentivos financeiros não proporcionarem, tipicamente, a sua avaliação. Como no documento sobre Estudos de Impacto salientam a necessidade de avaliar intervenções de um modo robusto qualquer sistema terá que ser desenhado tendo em consideração a evidência que existe e acompanhado desde o início na avaliação do seu desempenho.
34. Deveria haver uma discussão aprofundada sobre quais as estratégias contempladas para lidar com redução de esforços em áreas que não sejam explicitamente incluídas nas avaliações de desempenho, com o risco de seleção, com o desencontro entre incentivos individuais dos profissionais e a relevância da cooperação e colaboração, com a forma como incentivos definidos a nível institucional são transmitidos dentro das organizações, com o risco de os incentivos financeiros reduzirem a motivação intrínseca dos profissionais, e com a complexidade e exigência de definição dos indicadores de desempenho e os respectivos dados para o seu cálculo.
35. É necessário desenvolver modelos de financiamento integrado para cuidados integrados e para atividades de promoção e prevenção que contemplem colaborações entre diferentes profissionais.
36. Quanto à negociação de metas, deve-se evitar a arbitrariedade no seu estabelecimento.
37. Será necessário monitorizar outros indicadores não sujeitos a metas de desempenho e incentivos financeiros.
38. A matriz das áreas desempenho não pressupõe qualquer prioridade em termos de investimento. Por exemplo, é mais eficiente investir em promoção ou em prevenção? Na matriz algumas dos elementos são inputs, enquanto outros são processos/outputs.
39. Não é clara como será medida a qualidade organizacional.
40. A integração considerada parece ser apenas através de integração física (página 7), e é apenas um modelo dos possíveis, mas será o mais eficaz? Há a necessidade de uma maior justificação.
41. A alínea c) na página 6 tem como sugestão partilhar pessoal entre unidades/funções, com base na economia de meios. Não é claro de onde vem esta evidência, que deveria ser referenciada.

Tabela 1: O que sabemos sobre incentivos

Qualidade	
-Gestão de condições crónicas	+/modesto
-Cobertura de serviços de prevenção	+/modesto
-Cuidados hospitalares	limitado
Resultados de saúde	Não há efeito
Satisfação dos doentes	Não há efeito
Equidade	Misto
Eficiência	
-Programas baseados em processo	+/modesto
-Incentivos específicos	limitado
Efeitos de externalidade	
-Criação e utilização de dados	+
-Comunicação entre pagador e prestador	+

42. A utilização bem sucedida de sistemas de incentivos requer uma atenção aos factores chave de sucesso desses sistemas: ter objetivos múltiplos em vez de apenas um, considerar incentivos de grupo em detrimento de apenas incentivos individuais, focar em objetivos de desempenho específicos, considerar indicadores de desempenho abrangentes, definir claramente os mecanismos que evitem efeitos de seleção, envolver os abrangidos pelo sistema de incentivos na sua definição, privilegiar objetivos absolutos, garantir que há alinhamento com a visão, estratégias e orientações clínicas dos interessados, garantir alinhamento com o sistema principal de

- remuneração, são elementos, entre outros, que terão de ser cuidadosamente considerados.
43. Numa discussão de aplicação de sistemas de incentivos em Portugal, é expectável que sejam apresentadas quais as lições da contratualização nos hospitais e nos CSP que foram retiradas das várias práticas dos últimos anos.
 44. Nas pp. 2-3: O que se pode aprender da contratualização tal como ela é feita atualmente?
 45. Na p. 3: O que significa exatamente "plano de ação (...) centrado no utente (pessoa/cidadão/família/comunidade)"? Que indicadores relevantes para o utente serão considerados?
 46. Na p. 9: "Todos os profissionais dos SSPL devem ter acesso a uma componente variável da remuneração." A componente variável da remuneração será calculada individualmente para cada profissional dos SSPL ou dividida pelos elementos de cada equipa? Como será feita essa distribuição? A literatura de economia da saúde favorece a atribuição das componentes variáveis da remuneração às equipas, mais do que aos profissionais individualmente.
 47. Na p. 10, é dito que os incentivos institucionais permitirão aos profissionais dos SSPL uma melhoria contínua do desempenho e mais capacidade de captação de profissionais. Onde é que está a evidência?
 48. Na p. 11: "Compreender o desempenho das organizações, nas suas diferentes áreas e dimensões – Matriz Multidimensional - O resultado do que se faz e de como se faz." Que organizações estão aqui em causa? Que tipo de funções se tem em mente? A discussão nesta página é geral à contratualização dos ACES/ULS e não tem em conta o resto dos documentos.
 49. Tendo-se como finalidade a melhoria da saúde da população, é relevante que seja apresentado como esta será medida. Fala-se em medir os resultados em saúde mas não se concretizam os resultados que se pretende medir.
 50. Quanto ao referido na p. 14, sub-área governança para a saúde e bem estar: como se fala com os outros sectores? Equidade em que aspectos? Financiamento? Acesso? Resultados? A contratualização local de todas as áreas é desnecessária e não deveria estar contratualizada dentro dos ACES.
 51. Na p. 15: a formação também não deveria estar contratualizada a nível local – é relevante incentivar a articulação com a rede e com a formação centralizada.
 52. Na p. 16: O documento circunscreve os serviços de saúde pública locais aos cuidados primários. Os cuidados hospitalares também devem ser considerados.
 53. Na p.18: Como foram calculados os ponderadores? Como estes indicadores se relacionam com o objetivo de ter um "plano de ação (...) centrado no utente (pessoa/cidadão/família/comunidade)"? Como é definido o "padrão mínimo de desempenho para os SSPL"? Quem define este padrão mínimo?
 54. Na p. 20: é proposto a caracterização de estabelecimentos de ensino, infantários, creches, lares, centros de dia, unidades privadas de saúde, piscinas, etc. Coloca-se a questão de saber se esta caracterização não é já feita quer por outras entidades na área da saúde quer por entidades fora do sector da saúde. Deverá evitar-se a duplicação de tarefas neste campo. Em particular, parece relevante saber que informação é recolhida atualmente por entidades como o Instituto Nacional de Estatística (INE).
 55. Na p. 21: o que é a vigilância proposta na área de protecção da saúde? Não há aqui áreas que são da competência da inspecção geral do trabalho ou actividade económica? Como se concretiza esta vigilância?
 56. Num outro sentido, e considerando os grandes desafios futuros, é dito muito pouco sobre as alterações climáticas e como lidar com as suas implicações do ponto de vista da saúde pública.
 57. Em termos de grandes temas, não há espaço dedicado ao problema da resistência

antimicrobiana.

MODELO PARA UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

58. A finalidade e os propósitos são definidos de modo vago e praticamente impossível de avaliar.
59. No que diz respeito ao ponto 2.15 do subponto 6.2, sugere-se que, em alternativa a adicionar outros sistemas de informação, se crie uma aplicação que recolha os principais dados relevantes (a selecionar pelo profissional de SP a cada nível de atuação, quer geográfico quer de intervenção) e gere um *dashboard* de forma automática por forma a poder providenciar uma informação relevante e continuamente atualizada, baseando-se na uniformização e harmonização de Sistemas de Informação prevista nos documentos anteriores, bem como na promoção da interoperabilidade e da existência de um sistema integrado e eficiente.
60. Outras áreas de atividade económica, incluindo o sector privado, desenvolvem também actividades relevantes para saúde pública pelo que deveria de existir algum nível de envolvimento (e.g. indústria alimentar).
61. O documento refere os hospitais privados como outras entidades relevantes mas não se encontram referências aos hospitais públicos. A rede de serviços de saúde pública não deve estar circunscrita aos cuidados primários e deve também considerar os hospitais públicos.
62. Os sistemas de informação são apresentados como sendo instrumentos de apoio à decisão clínica. No entanto para prevenção e gestão da doença e promoção da saúde terão que servir para capacitar população e doentes na melhoria dos estilos de vida e monitorização e gestão das doenças. Aliás, a participação dos cidadãos está praticamente omitida do texto enquanto parte do objetivo e do processo de uma rede de serviços de saúde pública.
63. Relativamente ao ponto 2.8 página 12: Intervenções deverão de gerar dados que sejam ligados aos já existentes para uma melhor monitorização dos efeitos de longo prazo das intervenções.
64. Quanto à integração dos sistemas informáticos – até acontecer, deixa um âmbito muito limitado para a rede. “A RSSP, como núcleo central de uma Rede mais alargada de informação, comunicação e desenvolvimento em Saúde Pública (Saúde Pública Portugal), visa proteger e promover a saúde dos portugueses, reforçar a importância e a capacidade dos SSP e dos seus profissionais no desenvolvimento de um Sistema de Saúde sustentável, facilitar e potenciar o envolvimento dos parceiros estratégicos mais relevantes (dentro e fora do setor da saúde), melhorar os resultados de saúde da população e reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde. Ou seja, os portugueses beneficiarão de uma Rede eficiente e efetiva, dedicada à abordagem colaborativa dos desafios contemporâneos da saúde pública”. Mas o que é a Rede? Quais são os elementos? (não só o conjunto de pessoas ou pontos) E qual é a diferença para o que já existe? Definição de tarefas? Por no papel o que já existe?
65. Os estudos epidemiológicos deverão ser híbridos e incluir variáveis comportamentais.
66. Prevendo-se uma rede com muita recolha de dados e muita tecnologia não há referência à necessidade de engenheiros informáticos, pessoas com competências em *data mining*, *data analysts*, matemática, estatística, etc.
67. O modelo é uma reorganização do que existe agora sem ser visionário em termos de desafios que se poderão colocar dentro de 5 ou 10 anos, pelo que o texto fica aquém do que se esperaria de um guia para a ação futura.

CAPACITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

68. Quanto à finalidade, é indicada a melhoria progressiva do estado de saúde da população. Mas o foco da saúde pública deve ser a prevenção da doença e o diagnóstico precoce, que por sua vez levam à melhoria do estado de saúde.
69. Refere-se (p. 2) a obtenção de sucessivos patamares superiores de desempenho e melhoria progressiva do estado de saúde da população – não há limites? As melhorias tenderão a ser marginais e a requererem cada vez mais recursos. Qual é a relação custo-efetividade que se está disposto a aceitar? Não bastará ter um efeito incremental positivo para se justificar os recursos (crescentes) que terão de ser usados.
70. O que define a procura de serviços de saúde pública? A que é que estes profissionais têm de dar resposta? As áreas apresentadas na página 8 não definem a procura, só as áreas.
71. Não é definido um tempo para o diagnóstico aprofundados dos diversos SPP do país.
72. Entre os recursos a serem identificados e mapeados não devem ser esquecidos os jovens recentemente formados em Portugal e que, em virtude de uma carreira com pouca expectativa de progressão e uma DGS cristalizada numa estrutura rígida e sem uma gestão departamental *accountable*, optaram por sair do país ou fazer uso do seu capital humano em organizações não-governamentais e outras entidades privadas com ou sem fins lucrativos. Neste sentido, a capacitação financeira, no que diz respeito aos incentivos, pode desempenhar um importante papel na reforma do sistema.
73. No que diz respeito aos rácios mínimos a serem definidos para a produção de resultados estabelecidos para os SSP, se estes rácios mínimos forem utilizados numa ótica de *Key Performance Indicators* (KPI) para otimizar a gestão de SSP, então existe alinhamento que esta proposta corresponde ao desejável. Porém, caso estes sirvam como meios para justificar a aplicação de ações de formação *standard*, cujo resultado prático se constitui como um acréscimo marginal à produtividade e adaptabilidade dos profissionais de SP, bem como a uma cristalização progressiva da carreira, então a sua aplicação resultará somente numa nivelção respeitante a um nível menos desejável. Deverá haver uma clarificação para entender qual o caminho que se pretende prosseguir.
74. Relativamente ao Programa de Capacitação aqui referido, um programa desta natureza deverá ter em consideração a quebra de silos entre academia e terreno, promovendo a figura do médico-investigador doutorado como ator privilegiado nos SSP. Da mesma forma, torna-se sobremaneira importante garantir alguma autonomia e flexibilidade no desenvolvimento de projetos de investigação individuais e em equipas multidisciplinares, por forma a conseguir alinhar interesses e concretização pessoal com os objetivos da organização.
75. Na conjugação destes últimos dois pontos afigura-se como particularmente difícil a capacitação financeira, sobretudo considerando o parque informático dos SSP, as potencialidades tecnológicas atualmente existentes e que constituem o estado da arte, e a necessidade de um planeamento plurianual que contemple as necessidades humanas e materiais de forma estratégica, bem como a situação financeira deteriorada da República Portuguesa.
76. O Núcleo Nacional de Capacitação (NNC) dos SSP deverá constituir uma unidade que, inserida na orgânica da DGS e sua dinâmica de reporte, deve considerar no desenvolvimento da sua atividade não apenas os Planos de Formação (PF) propostos pelos Núcleos de Formação (NF) Locais e posteriormente articulados com os NF Regionais (NFR) enquanto emanações das necessidades sentidas e interpretadas pelos RH de SP, mas também efetuar *benchmark* internacional. Este deverá ser instrumental

no sentido de observar e refletir nos PF megatendências, assim como na capacitação para a interlocução e colaboração com escolas internacionais de topo como a LSHTM ou a SHE da Universidade de Maastricht, permitindo que as ARS e os seus NFR contratualizem planos de formação conjuntamente com universidades de reconhecida valência em SP, por forma a fortalecer o laço entre academia e terreno e, assim, constituir plataformas férteis para a valorização científica dos seus profissionais.

77. A elaboração de módulos *online* ou de formações de curto prazo com uma componente presencial e uma componente *online* poderá corresponder mais eficazmente à flexibilidade necessária e desejável para garantir os níveis de formação aos diferentes SSP locais, podendo a contratualização ser globalmente efetuada a nível regional (ou mesmo nacional, podendo ser institucionalizada enquanto parte das atribuições do NNC, para obter ganhos de escala).
78. Relativamente ao Programa de Capacitação dos profissionais de SSP a implementar no curto prazo e à visão de médio/longo prazo a ser construída tendo em vista os desafios e complexidade da Saúde Pública, esta visão deve, por maioria de razão, contemplar uma visão holística da Saúde Pública num mundo crescentemente mais globalizado - o que implica necessariamente não apenas treino em Ciências Políticas e Relações Internacionais, capacitação essencial para ter a oportunidade de lidar com instituições internacionais ao mais alto nível, mas também encarar alguma rotação por países de referência como muito desejável (designadamente no contexto europeu em que nos incluímos). A formação a ser desenvolvida neste âmbito deverá ser monitorizada pelo NNC através de um gabinete de *research* responsável por fazer *benchmark* e recolha de elementos académicos de referência internacional, por exemplo, de modo a que estes sejam, de uma forma flexível, incluídos nos currícula de formação e garantir padrões de qualidade de excelência.
79. No elenco que se efetua dos passos para a construção de um processo para a aquisição de diferentes competências, seria conveniente, no que diz respeito ao ponto 2, enfatizar o fortalecimento dos laços entre academia e terreno, promovido entre instituições universitárias de reconhecido mérito em SP e os NRC via NNC, bem como o desenvolvimento de capacidades modulares *online* (entre outras que se pautam pela sua flexibilidade) de aprendizagem, dado que estes serão fundamentais para o cumprimento deste objetivo. No que diz respeito ao ponto 7 do mesmo elenco, poderão ser efetuados exames de diagnóstico das competências acima referidas, administrados, por exemplo, pela DGS e de forma independente do CCN, que permitirão ajudar a medir a evolução da aquisição de competências por parte dos profissionais de SP.
80. Quando se refere que, "Num contexto de contratualização e programa 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 (...)", seria importante acrescentar, imediatamente a seguir, "(...), alavancando a vertente de investigação científica previamente mencionada para potenciar o desafio profissional e intelectual que a SP constitui para os seus profissionais, com crescente capacitação dos mesmos para a aquisição de *skills* na mesma área". Mais ainda, quando se refere, no mesmo parágrafo (páginas 9-10 do documento), "(...) 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", importa referir que, se se fizer esta distinção, os profissionais de SP serão inevitavelmente pressionados (quer explícita quer organizacionalmente de uma forma implícita) para abdicar de realizar mais formação - com potenciais ganhos para o desenvolvimento da SP local, regional, e nacionalmente - a troco da monitorização da população. Para prevenir estas situações, deve ser alocada uma quantidade específica de tempo (medida em horas/mês, por ex.) para formação, na qual os profissionais de SP só podem desempenhar tarefas de carácter científico e formativo.

81. Relativamente aos níveis de desempenho a serem definidos como essenciais e os rácios que permitirão auferir os mesmos, deve ser considerado que os níveis de desempenho dos profissionais podem ser tomados como uma avaliação individual, onde o indivíduo é tomado não apenas como profissional na avaliação das suas competências diretas, mas tem também uma percepção de como contribuiu a nível local, regional e, se for caso disso, nacional para o desenvolvimento da SP no período em análise.
82. No seguimento da leitura encontrada na página 12 do documento, na qual é referida a problemática do número de profissionais adstritos exclusivamente às estruturas regionais e nacionais e à comparação entre benefícios e custo da abordagem de dedicação a tempo parcial, uma forma de resolver a problemática aqui bem-enunciada seria precisamente a criação de centros de *research* a cada um dos níveis (i.e., regional e nacional), por forma a suportar, em funções de gabinete de estudos e de forma complementar, as tarefas desempenhadas pelos profissionais de SP, nunca esquecendo que o *input* local que estes podem trazer é de um valor acrescentado significativo.
83. Finalmente, o último parágrafo, que inicia com “Os diversos serviços responsáveis pela capacitação dos SSP (...)” (página 13) lança um alerta positivo relativamente aos recém-especialistas em Saúde Pública, sendo que se afigura que, para estes jovens, mais oportunidades de formação, investigação, e valorização curricular, bem como uma maior integração com a academia e uma maior autonomia para o desenvolvimento de projetos, com o aumento da *accountability* subsequente, parece ser a melhor forma de motivar a nova geração.
84. No que respeita a este ponto, sugere-se que a informação a ser coligida e que se encontra elencada no texto o seja através das CCR no seu âmbito geográfico, procedendo depois à discussão com a ARS respetiva sobre que meios serão imperativos de levar à CCN, que por sua vez deverá ter capacidade de diálogo com a ACSS para dotar os SSP dos recursos físicos e materiais prioritários numa escala decrescente.
85. Existe pouco desenvolvimento relativamente a esta matéria: parece ser fundamental entender os incentivos que os profissionais de SP veem como sendo de maior valor acrescentado para a sua profissão, e financiá-los com vista a garantir a aquisição de economias de escala em termos de capital humano (por exemplo, podem ser constituídas bolsas de mérito que permitem subsidiar cursos no estrangeiro ou em Portugal de formação específica, no decorrer de um programa de desenvolvimento profissional).
86. Nas competências listadas é dito muito pouco sobre competências em métodos qualitativos. Não há referência à necessidade de competências em implementação, avaliação, monitorização ou gestão de projectos.
87. A discussão não tem em conta a formação universitária (agora e no futuro) e não propõe um plano de formação que tenha em conta o futuro nível de profissionais de saúde disponíveis, nem a epidemiologia da população. Os planos de formação devem ser desenvolvidos e leccionados por equipas nacionais de modo a garantir que todos os profissionais recebem a mesma formação/com a mesma qualidade.
88. Quando se refere “tendo em conta as características particulares da população servida”, a questão é quão diferentes pensa a Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional serem os perfis de cada área populacional? Regiões diferentes justificam profissionais diferentes ou, pelo contrário, deve a intervenção dos profissionais ser homogeneizada?
89. Globalmente, o papel de outras profissões que irão interagir com os profissionais de saúde pública deveriam estar referidas, bem como competências que tenham de ser conferidas aos profissionais de saúde pública para poderem dialogar de forma clara com essas outras profissões. Sem preocupação de exaustividade, podem-se mencionar competências em economia da saúde e comportamental; competência em modelização

e simulação/previsão epidemiológica, comportamental e económica; competências em *data analytics* (não necessariamente contempladas na bioestatística), pelo menos a capacidade de interagir com profissionais de *data science*; competências em formas de envolvimento dos doentes.

90. Deve-se ter em mente que a capacitação é transitória, uma vez que as necessidades evoluem. Só precisamos de competências dos profissionais de saúde pública ou é preciso capacitar todos os profissionais que trabalham na saúde pública? (este aspecto retoma o ponto anterior, de outras profissões crescentemente relevantes para os profissionais de saúde pública em termos de colaboração).
91. Porque o nível de granularidade na formação? As necessidades de saúde pública e o tipo de capacitação necessária variam assim tanto ao longo do país? Combinar recursos ao nível do tipo de formação necessária e identificar como levar essa informação aos lugares relevantes; em vez de ter tudo duplicado ao nível regional; definir programas de formação continua e programas de formação especializada. As questões de saúde pública têm uma componente estável e uma componente que exige uma adaptação rápida a circunstâncias que mudam rapidamente – a formação tem de ter capacidade de dar resposta a estas situações. Por exemplo, no caso de uma epidemia de Zika em Portugal, seria mais eficiente ter uma equipa de formação pronta a treinar profissionais de saúde para a especificidade desta epidemia, do que ter de contar exclusivamente com profissionais dedicados a epidemias. É necessário identificar vetores de formação/atuação.
92. Não é dito nada sobre mecanismos de monitorização do que foi feito nos objetivos. Acresce que a identificação das necessidades de formação ao nível local não dará uma ideia adequada do conjunto e de tarefas que podem ser executadas a nível mais macro com ganhos para todos.
93. É necessário definir o que é a capacidade para celebrar níveis mínimos de contratualização no curto prazo.
94. Além de se criar a base de dados é preciso garantir que a mesma é actualizada, não basta poder ser actualizável. Sugere-se que haja um inquérito anual como existe para o potencial científico no ensino superior.
95. Nota final: na p. 17, Quadro 1: O resultado da soma do nº USP não é 27. O documento refere que o “quadro é passível de contar algumas incorreções” e que “não se recomenda, nesta fase, a utilização isolada dos seus números”. Sendo assim, que confiança se pode depositar neste quadro? Um documento da natureza deste, que foi apresentado e submetido para discussão pública, não deveria apresentar números que não foram devidamente confirmados.

MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE IMPACTE NA SAÚDE EM PORTUGAL

96. Denota-se a ausência de uma referência aos aspetos económicos no que diz respeito à definição do modelo do EIS. Ainda que se possa argumentar que esta metodologia se foca exclusivamente no impacto que a adoção de determinadas políticas têm (ou não) na saúde dos portugueses, a verdade é que não se poderá ter uma visão holística sobre os grupos sociais mais vulneráveis, nem da evolução (ou não) para a equidade que se visa atingir, sem incluir nessa análise um conjunto de instrumentos de natureza económico-financeira que podem precisamente promover esse objetivo.
97. Começando pelo enquadramento e fundamentação que são providenciados relativamente à implementação de um modelo de EIS, e fazendo uma leitura conjunta

do mesmo com a Proposta de Lei da Saúde Pública (PL n.º 49/XIII), denota-se uma referência constante à necessidade de geração de evidência e, sobretudo, de investigação operacional como uma forma de promoção da Saúde Pública. Porém, uma dificuldade já identificada relativamente à possibilidade de os profissionais das unidades de cuidados de saúde – inclusive Unidades de Saúde Pública (USP) – efetuarem investigação tem sido precisamente a ausência de incentivos ou mesmo a desincentivação, quer remuneratórios quer horários, para efetuar este tipo de atividades. Desta forma, e embora durante todo o documento se refira que as USP possam ser instrumentos privilegiados para este efeito, não é claro como se pretende enquadrar a investigação operacional no quadro dos profissionais de Saúde Pública além das funções de diagnóstico e vigilância.

98. O próprio documento é bastante ambíguo no que respeita à conjugação com a PL da Saúde Pública – não se torna claro que recursos humanos, materiais, e tecnológicos estarão incumbidos de desempenhar esta função. Entre outras questões, importa clarificar se os SSP terão pessoal exclusiva ou parcialmente afeto aos SSP, se este será subcontratado (e, se sim, em que casos e até que montantes, bem como por que procedimentos), e quais os incentivos organizacionais para a realização deste trabalho (a título de exemplo, um médico de Saúde Pública poderia ter 5 das suas 35 horas de trabalho semanal afetas à realização de EIS). É igualmente importante considerar que esta ambiguidade dificulta, à partida, a definição de uma ferramenta que possa corresponder eficazmente ao que se pretende e, simultaneamente, ser capaz de concorrer com um setor privado sem fins lucrativos que, providenciando consultoria sobre as mesmas matérias, é capaz de remunerar significativamente melhor os seus colaboradores.
99. A concorrência do EIS para uma prática mais alargada de avaliação da política legislativa e dos benefícios e custos que esta traz em cada caso sob diferentes lentes deve ser sempre potenciada através da sua conjugação com práticas já existentes, por forma a facilitar a sua adoção. Conforme referido no texto, esta poderia "(...) incluir ou reforçar a componente da Saúde nos estudos de Avaliação de Impacto Ambiental" – se o EIS for bem construído, contemplará certamente uma vertente ambiental, constituindo-se imediatamente uma ponte que as Avaliações de Impacto Ambiental podem utilizar (desde que a informação utilizada seja sindicável e que os dados sejam disponibilizados – ainda que submetidos a autorização prévia – para que se possam replicar os resultados, permitindo assim o reforço da lógica de criação de políticas baseadas na evidência).
100. Relativamente à fundamentação do EIS, existe uma perceção que o planeamento é efetuado a diferentes níveis (nacional, regional e local): contudo, é necessário explicitar que plataformas e, nomeadamente, que nós de decisão são atingidos por forma a garantir a sua efetiva implementação – i.e., autarquias a nível local, CCDR a nível regional, e Assembleia da República ou Governo a nível nacional (mediante o âmbito) – e não a sua geração numa base espúria.
101. Mais ainda, é importante referir que o principal objetivo identificado é precisamente o da redução das desigualdades em saúde. Ainda que esta escolha política permaneça válida e seja obviamente relevante, não deverá ficar condicionado somente a esta medição, sob pena de ser encarado como limitativo e não ser capaz de gerar evidência de suporte a questões futuras, perdendo de vista elementos como a eficácia e os *outcomes* em saúde numa população de determinada ação em saúde, bem como a eficiência das políticas ou medidas na afetação dos recursos disponíveis.
102. No que diz respeito à metodologia, sendo esta claramente assente numa melhor prática (a do National Health Service britânico, com uma longa tradição de avaliação de políticas de saúde), é necessário delimitar no tempo cada uma das seis etapas propostas, bem como listar os recursos envolvidos e as responsabilidades de cada um dos intervenientes, por forma a garantir uma boa execução do mesmo. Sem este

enquadramento institucional promotor da *accountability*, apesar de bem definidas, será difícil assegurar o escrupuloso cumprimento da realização de EIS exceto em casos motivados pelo momento político, enviesando a lógica da geração de políticas públicas continuamente fundamentadas em evidência.

103. Existe uma concordância global com a segmentação proposta, dado separar o processo legislativo e o processo de planificação da Administração Pública (AP), sendo assim mais eficiente.
104. Em relação ao EIS_ML, para além do cariz obrigatório, deve ser definido que se desenvolve a partir de medidas legislativas de iniciativa do Governo *ex-ante*, ou seja, antes de estas serem remetidas a Reunião de Secretários de Estado e posterior agendamento para Reunião de Conselho de Ministros, por forma a substanciar o seu papel no fluxo legislativo. No caso de ser uma proposta de lei, quando o Governo faz o pedido de autorização legislativa ao Parlamento para poder apresentar uma proposta de lei deverá apresentar, concomitantemente com o mesmo pedido, um EIS, por forma a relevar a importância dessa mesma autorização. Caso assim não seja, o imperativo político suplantar sempre a necessidade de um EIS, inviabilizando o mecanismo por completo.
105. No caso do EIS_MP4, em vez de colocá-lo com um cariz voluntário e experimental, deveria ser de imediato estipulada uma planificação do período de tempo durante o qual o EIS_MP4 tomará lugar a título experimental. Deverá também ser definido que este período de tempo servirá para fazer o *fine-tuning* das medidas nas balizas (*thresholds*) em que as mesmas forem pertinentes - não será necessário um EIS para uma população de 50 pessoas, mas uma população de 300 pessoas já poderá ser justificável. Deve ficar igualmente referido que, findo esse período experimental, serão publicamente divulgados os *thresholds* para os diferentes níveis (i.e., nacional, regional, e local), e qual a articulação de recursos que se desenvolverá com vista a elaborar os EIS atempadamente (se coincidem com o ciclo orçamental, se a cada trimestre, etc.). A partir desse momento, os EIS_MP4 deverão igualmente assumir um carácter obrigatório, por forma a reforçar a *accountability* das instituições de Saúde em Portugal, a valorizar os profissionais que as executam, e a promover a sua concretização como um passo na metodologia de planeamento e execução destas instituições.
106. O Proponente não deverá ser o membro do Governo que toma a iniciativa legislativa - caso contrário, poucas vezes será proposto e, quando o for, existirão sempre incentivos para que o seja num momento em que a proposta necessite de validação do momento político. Assim, esta competência deve estar reservada ao Ministro da Saúde numa avaliação conjunta com o Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros (enquanto coordenador legislativo do Governo), avaliando se os diplomas em cada momento requerem ou não um EIS. Da mesma forma, não se deve simplesmente garantir assegurar o cumprimento de objetivos mínimos: o objetivo deve ser o de majorar a saúde da população, bem como, se simultaneamente possível, diminuir as desigualdades em saúde.
107. No que diz respeito ao ponto ii) dos intervenientes nos EIS_ML, existem vários pontos que devem ser alterados por forma a promover um mecanismo verdadeiramente eficiente, aprendendo com as lições do passado.
108. Em primeiro lugar, em vez de uma Comissão Coordenadora nomear um Grupo de Trabalho - um instrumento de *policy-making* claramente deturpado e ineficiente no caso português pela falta de capacidade de impactar a tomada de decisão final - seria interessante adotar uma postura institucional, na qual se valorizavam, no âmbito da DGS, os quadros das Unidades de Saúde Pública. Poder-se-ia registá-los num repertório similar ao descrito no documento no que respeita à "bolsa nacional de peritos" e bonificar a sua remuneração em função do número de EIS para que contribuíssem (e que, na prática, fazia parte das suas atribuições em termos de vigilância

da saúde e atividade científica associada), bem como ser contado como parte das 35 horas semanais de trabalho, e não algo on top. Não só se valorizaria o capital humano aí contido, como colocaria o desenvolvimento de evidência como uma prioridade na cultura organizacional. Caso contrário, os médicos das USP não terão incentivos para desempenhar este tipo de tarefas, desperdiçando o Estado mais dinheiro com know-how que já possui nos seus quadros.

109. Em segundo lugar, os dados não podem ser remetidos pelo membro do Governo proponente – tem de ser criada uma ligação direta entre a DGS e a(s) entidade(s) da AP em questão, que, previamente validada pela tutela política, permita uma maior flexibilidade para a solicitação de dados. Bem assim, deve existir uma definição para o período temporal em que estes dados devem ser submetidos, com vista a conseguir estruturar o desenvolvimento de EIS e uma cultura de gestão baseada na evidência dentro da AP, a qual não existe atualmente excetuando raras e honrosas exceções.
110. O parecer referido no ponto e. deverá constituir, independentemente da decisão, uma adenda à Proposta de Lei ou ao Decreto-Lei, para que seja claro sempre que a tomada de decisão política for tomada contra a decisão sugerida pela evidência, sustentando assim motivos de outra ordem que, no caso concreto, possam superar as prioridades explicitadas na evidência.
111. Em quarto lugar, no que concerne o ponto f., é necessário clarificar quais os tempos expectáveis do ciclo de avaliação: a formulação de notas rápidas trimestrais, bem como de notas completas semestrais, poderá ser uma forma adequada de fazer esta monitorização e avaliação mediante critérios previamente estabelecidos e publicamente divulgados, para promoção de transparência e de maior adesão dos *stakeholders* às matérias discutidas.
112. Em quinto lugar, e no que respeita ao ponto g., sugere-se que, para além de tornar o relatório final público e colocar uma data indicativa para a apresentação do mesmo, se torne pública a periodicidade da entrega dos elementos de avaliação e monitorização como parte do ciclo de avaliação legislativa em Saúde e, bem assim, definir um horizonte temporal em função da matéria, sustentado pela bibliografia mais atualizada como razoável.
113. Finalmente, sugere-se, a título de adenda, que, para além do dever do Proponente estar envolvido em todas as fases do EIS_ML, assim o esteja o Gabinete do(a) Ministro(a) da Saúde (ou seu/sua Secretário/a de Estado em quem escolha depositar esta competência), se refira que os critérios e modo como as entidades externas ao MS/SNS que poderão colaborar na execução de EIS sejam não apenas claramente definidos em cada caso de estudo, mas sejam também publicamente divulgados para a promoção de maior transparência no processo de elaboração de EIS.
114. No que respeita à participação pública (ponto IV), e dada a vertente participativa e colaborativa dos EIS, é proposto no texto do documento que haja uma participação pública informada e esclarecida, que "(...) poderá ser efetuada através de uma plataforma informática". Ora, para além de se entender que, dado o contexto de transformação digital em que atualmente vivemos, seja imperativo que esta plataforma deva forçosamente estar disponível, replicando o exemplo da plataforma desenvolvida para os cidadãos darem os seus contributos no caso do Programa Simplex+, mais se sugere que esta se faça através do Portal do SNS. Neste caso, a área da Transparência afigura-se ideal para o efeito, segmentando as análises entre ML e MP4 e por âmbito nacional, regional, e local.
115. Mais ainda, e reforçando o que acima se decide sobre o modelo de EIS para Portugal, é fundamental estipular imediatamente uma planificação do período de tempo durante o qual o EIS_MP4 toma lugar a título experimental, bem como de proponentes principais que devem conduzir a implementação do mesmo com base na sua relevância e capacidade decisória. Deve ficar igualmente referido que, findo esse período experimental, serão apresentados os thresholds para os diferentes níveis (i.e.,

nacional, regional, e local), e qual a articulação de recursos que se desenvolverá com vista a tê-los prontos atempadamente.

116. EIS – estudos de impacto deverão de ter em consideração outras variáveis de resultados ara além de indicadores de saúde pública, por exemplo impacto económico.
117. No âmbito dos EIS deveriam ser incluídos os seguintes temas:
- consumo de álcool
 - determinantes psicológicos e comportamentais
 - comunicação do risco
 - caracterização da oferta de gorduras, açúcar, sal
 - reformulação de produtos, rotulagem e informação
 - preparação para e capacidade de resposta a pandemias e outros eventos extremos (e.g. ondas de calor)
118. As metodologias propostas como preferenciais são globalmente adequadas, necessitando de clarificações nalguns pontos. Por exemplo, o que significa um estudo prospectivo antes de uma intervenção ser implementada? É compreensível no contexto de uma política, mas no contexto de intervenção em saúde é menos claro o que seja exatamente.
119. Para a Comissão Coordenadora Nacional de EIS (CCN_EIS) e Grupo de Trabalho, os peritos deveriam de ser selecionados por concurso público. Peritos deveriam incluir também peritos a nível internacional.
120. Os EIS-MP4 experimentais terão que ser generalizáveis pelo que a amostragem e seleção do local do estudo terá que ser delineado tendo em conta essa exigência. Não se vê motivo para as comissões coordenadoras e grupos de trabalho serem definidas necessariamente a nível geográfico.
121. A consulta terá que ser mais alargada de modo a potenciar participação de quem tenha competências demonstradas em estudos de impacto sobretudo quando os mesmos são de natureza retrospectiva. Em Inglaterra (citado como exemplo no documento) o Ministério da Saúde lança um concurso competitivo para atribuir financiamento para projetos de avaliação de impacto e outros estudos relevantes no qual as instituições académicas em colaboração com outros interessados (*stakeholders*) participam.
122. Não ficou claro quais poderão ser as consequências dos resultados dos estudos de impacto na saúde ao nível nacional e/ou ao nível dos profissionais de saúde pública nacional no terreno. Os estudos têm meramente uma natureza consultiva, ou deverão levar à decisão? (qual, de quem?)
123. Na sua versão atual, o documento não constitui uma proposta de plano de ação. Carece de uma discussão aprofundada com as diferentes partes interessadas nesta matéria
124. Fala-se em promoção da equidade em saúde sem que se diga o que é ou qual a equidade que se pretende promover. E depois fala-se em redução das desigualdades, sem que também se diga quais são as desigualdades sócio-económicas que devem ser reduzidas ou diferenças regionais/locais que justifiquem diferentes estratégias.
125. Os EIS têm um papel preferencialmente prospectivo, segundo o texto. Contudo é preciso avaliar o que se decidiu implementar e verificar se faz o que se diz que ía fazer, em termos de resultados e não apenas de processo.
126. No âmbito nada é dito sobre acesso ou tempos de espera para serviços. De que serve haver oferta de serviços se o acesso não funciona?
127. Não é referido nenhum limiar de custo-efectividade para a adopção de medidas. Estamos a falar da afectação de recursos públicos que competem com outros investimentos. Não devia haver medidas que permitissem comparações em termos do que socialmente é aceitável que se financie?

128. O modelo teria a ganhar se contribuísse para gerar interações entre a academia, ONGs e serviços de saúde.
129. A emissão de pareceres, mesmo que não vinculativos, devem ser incorporados no processo de decisão, sobretudo no caso de serem negativos. Impedir a implementação de medidas que se consideram desadequadas é um papel simétrico ao de apoiar medidas que se consideram desejáveis. A decisão de avançar com medidas que receberam pareceres não vinculativos desfavoráveis deverá ser explicitamente justificada, e em moldes que permitam avaliar posteriormente a qualidade da decisão tomada.